

Aus der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
der Universität Marburg an der Lahn

Direktor: Professor Dr. H. Stutte

Prognose und Verlauf kindlicher und präpuberaler Schizophrenien

Inaugural - Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten Medizin
der hohen Medizinischen Fakultät
der Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von

CHRISTIAN EGGERS

aus Geislingen a. d. Steige

Marburg 1967

Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
der Universität Marburg an der Lahn

Direktor: Professor Dr. H. Stutte

Prognose und Verlauf kindlicher und präpuberaler Schizophrenien

Inaugural - Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten Medizin
der hohen Medizinischen Fakultät
der Philipps-Universität Marburg



vorgelegt von

CHRISTIAN EGGERS

aus Geislingen a. d. Steige

Marburg 1967

For the title see the title page
the following page is the title
the following page is the title

Praxis und Verstand in der Philosophie

Praxis und Verstand

von
Dr. phil. h. c. h. Dr. phil. h. c. h.
Dr. phil. h. c. h. Dr. phil. h. c. h.
Dr. phil. h. c. h. Dr. phil. h. c. h.



UNIVERSITY OF LEIDEN

LEIDEN, 1911

Angenommen von der Medizinischen Fakultät
der Universität Marburg am 28. August 1967

gedruckt mit Genehmigung der Fakultät

Dekan: Prof. Dr. med. Dr. med. dent. H. Heuser

Referent: Prof. Dr. H. Stutte

Correferent: Prof. Dr. Dr. H. Ehrhardt

I N H A L T S Ü B E R S I C H T

	Seite
1. Problemstellung	5
2. Nosologische Umgrenzung des Begriffs "kindliche und präpuberale Schizophrenie"	5
3. Literatur-Übersicht	10
3.1. Zum Thema "Prognose und Verlauf kindlicher und präpuberaler Schizophrenie"	10
3.2. Über die Häufigkeit kindlicher Schizophrenien	21
4. Untersuchte Krankheitsfälle	22
4.1. Zahl der untersuchten Probanden	22
4.2. Alter der Patienten bei Erkrankungsbeginn	22
4.3. Methodik des Vorgehens	23
4.4. Aufgliederung des Probanden-Materials	23
4.4.1. Akute episodenhafte bzw. schubweise Verlaufsformen	27
4.4.1.1. Akute Episode mit Ausgang bislang in Heilung	27
4.4.1.2. Akute Episode, der mehrere flüchtige Episoden vorausgegangen sind, mit Ausgang (bislang) in Heilung	33
4.4.1.3. Häufig rezidivierende akute psychotische Episoden mit Ausgang (bislang) in Heilung	39
4.4.1.4. Häufig rezidivierende akute psychotische Episoden mit Ausgang in Heilung und mit leichtem Defektzeichen	45
4.4.1.5. Akuter Schub mit Ausgang in anschließenden schweren Defekt	56
4.4.1.6. Akut schubweiser Verlauf mit wiederholten Rückfällen und Ausgang in schweren Defekt	59
4.4.1.7. Akuter Psychosebeginn mit anschließend allmählicher Versandung	77
4.4.2. Schleichend chronische Verlaufsformen	79
4.4.2.1. Schleichend chronischer Verlauf mit guter Remission	79
4.4.2.2. Chronisch wechsellvoller Verlauf mit Rückkehr auf das prämorbide Persönlichkeitsniveau	85
4.4.2.3. Schleichend-chronischer Verlauf mit Ausgang in schweren Defekt	90
4.4.2.4. Psychotisch akzentuierte Wesensänderung, die später manifeste schizophrene Psychose einleitete und länger als ein Jahr bestand (JANZARIK)	96
4.4.3. Sonderfälle	102

5.	Erkenntnisse und Folgerungen	114
5.1.	Verlaufsformen der kindlichen und präpuberalen Erkrankungen (ausschließlich Sondergruppe)	114
5.2.	Heilungsgrade	126
5.3.	Familiäre Belastung	131
5.4.	Prämorbiditer Charakter	132
5.5.	Intelligenz	135
5.6.	Milieu	136
5.7.	Konstitution	138
5.8.	Dauer und Anzahl der Episoden	140
5.9.	Psychopathologische Symptomatologie	147
5.10.	Auslösende Faktoren	152
5.11.	Suizide und Suizidversuche	154
5.12.	Krankheitseinsicht bei bestehendem Defekt	155
5.13.	Erkenntnisse und Folgerungen aus den unter 4.4.3. beschriebenen Sonderfällen	156
6.	Zur nosologischen Einordnung der untersuchten Krankheitsfälle	165
7.	Zusammenfassung	167
8.	Zusammenstellung des beachteten Schrifttums	171

1. PROBLEMSTELLUNG

Anhand katamnestischer Erhebungen bei 66 in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Marburg beobachteten und behandelten Probanden sollen Erfahrungen über Verlaufsformen und Heilungsaussichten schizophrener Erkrankungen, die sich bereits im Kindesalter manifestiert haben, mitgeteilt werden. Insbesondere interessiert hier, ob Beziehungen zwischen Verlauf der Krankheit und praemorbid faßbaren Faktoren, wie beispielsweise erbliche Belastung, Primärcharakter, Erkrankungsalter, Art des Erkrankungsbeginns, psychopathologische Symptomatologie, Dauer der einzelnen psychotischen Episoden usw. bestehen und welche prognostische Valenz diese Faktoren gegebenenfalls haben.

2. ERLÄUTERUNG DES BEGRIFFS "KINDLICHE UND PRÄPUBERALE SCHIZOPHRENIE"

Obwohl biologische oder psychologische Umgrenzungen bestimmter Altersphasen immer mehr oder weniger willkürlich sind, werden im allgemeinen die vor Abschluß des 14. Lebensjahres auftretenden schizophrenen Erkrankungen als kindliche Schizophrenien bezeichnet (E.BLEULER¹³, E.KRAEPELIN⁵⁶, J.LUTZ⁶⁸, J.SCHURMANS¹⁰⁰, W.SPIEL¹⁰³, E.STRÖMGREN¹¹¹, H.STUTTE¹¹², M.TRAMER¹²⁰ und W.VILLINGER¹²³). Im engeren Sinn werden die sich bis zum 10. Lebensjahr manifestierenden Schizophrenien als kindliche und die zwischen dem 10. und 14. Lebensjahr erstmals in Erscheinung tretenden Formen als präpuberale charakterisiert. Dieser Einteilung soll in dieser Arbeit gefolgt werden, obwohl einige Autoren von dieser Altersgruppen-Umgrenzung abweichen, indem sie entweder die vor Abschluß des 18. Lebensjahres auftretenden Erkrankungen mit zur kindlichen Schizophrenie rechnen (L.KANNER⁵³, S.LEVY und R.H.SOUTHCORBE⁶⁴, G.SSUCHAREWA¹⁰⁷, G.K.USCHAKOW¹²¹) oder die Altersbegrenzung der Frühschizophrenie auch früher setzen (C.BRADLEY¹⁶, C.WIECK¹²⁸: 12. Lebensjahr; L.A.ANNELL⁴: 10. Lebensjahr).

Die Diagnose "Schizophrenie" gründete sich bei den im Abschnitt 4 beschriebenen Krankheitsfällen unter Ausschluß organischer Ursachen sowie abnormer Erlebnisreaktionen bzw. psychopathischer Entwicklungen auf klinisch-phänomenologische und entwicklungs= dynamische Kriterien, d.h. das psychopathologische Zustandsbild und den Verlauf. E.KRAEPELIN⁵⁶ prägte den Begriff der "Dementia praecox" und trennte die so bezeichnete Gruppe von Psychosen mit ungünstigem Ausgang scharf vom "manisch-depressiven Irre= sein" mit gutartiger Verlaufsweise ab. Trotz dieser strengen Zweiteilung gab E.KRAEPELIN⁵⁷ bereits das Vorkommen von Über= schneidungen zwischen der schizophrenen und manisch-depressiven Krankheitsgruppe zu. E.BLEULER¹³, der Schöpfer des Begriffs "Schizophrenie", berichtete von Patienten, die nach der Erkan= kung ihre alte Leistungsfähigkeit als Kaufleute, Studenten, hohe Beamte und Wissenschaftler wiedererlangt haben ("Diese Beispiele mögen zeigen, daß wir unsere Augen den günstigen Fäl= len nicht verschließen"). In Übereinstimmung mit der Auffassung von E.BLEULER¹³ und im Gegensatz zu derjenigen von H.BÜRGER= PRINZ¹⁸ ("Den Studenten, der schizophren war und erfolgreich weiter studierte, kennen wir nicht") beschränkte sich in unse= rer Untersuchung die Diagnosestellung nicht auf Fälle mit pro= gredientem Verlauf bis zum Auftreten eines Persönlichkeitsde= fekts. Würde die Verlaufsbetrachtung zur alleinigen Richtschnur der Diagnostik gemacht werden, wäre die Prognose bereits in der Diagnose enthalten und eine Erörterung der ersteren überflüssig.

Im folgenden soll eine kurze Literaturübersicht der nosologi= schen Umgrenzung des Begriffs "kindliche und präpuberale Schi= zophrenie" gegeben werden. J.LUTZ⁶⁸, W.MAYER-GROSS⁷³, H.W.POT= TER⁸⁶, W.SPIEL¹⁰³ und F.G.v.STOCKERT¹¹⁰ betonen die Symptom= armut der kindlichen Schizophrenie und heben die Seltenheit des Vorkommens von Sinnestäuschungen, Wahnbildungen und Wahnerleb= nissen hervor. Für W.VILLINGER¹²⁴ hängt diese Abweichung von der Psychopathologie der Erwachsenenschizophrenie aufs engste zusammen "mit der psychischen Entwicklung der kindlichen Per= sönlichkeit und der geringen Selbstbeobachtung wie dem noch nicht gegenständlich erlebten Ich des Kindes, ferner mit der

geringen Darstellungsfähigkeit des Kindes, das über ein geringes psychologisches Vokabularium verfügt und seine Erlebnisse, vor allem aber das Selbsterleben, kaum zu schildern vermag". Andererseits ermöglicht die hohe "seelische Plastizität und Labilität" des Kindes (W.VILLINGER¹²⁴; vgl. I.BENDER⁹, A.GEHELEN³², H.PLESSNER⁸³, A.PORTMANN⁸⁵, M.SCHELER⁹⁵) eine größere Mannigfaltigkeit des psychopathologischen Bildes, das dadurch oft vieldeutiger wird. B.KOTHE⁵⁴ spricht von einer "Verwischung der Grenze zwischen Psychopathie und Psychose" als einer Besonderheit der Psychopathologie des Kindesalters.

Nach G.SSUCHAREWA¹⁰⁷ leiden nach Ausbruch der Schizophrenie zuerst die kindliche Aktivität und der Kontakt mit der Umgebung des Kindes. Frische und Unmittelbarkeit des kindlichen Erlebens und die Freude an schöpferischer Betätigung gehen verloren. Es treten hebephrene Züge (Labilität und Oberflächlichkeit des Affekts, albern-läppisches Verhalten) oder (häufiger) katatone Züge auf: Stereotypien, Ritualhandlungen, katatone Erregungs- und Stuporzustände. E.GREBELSKAJA-ALBATZ³⁴ betont das gleichzeitige Vorkommen von katatonen und hebephrenen Zügen beim Kind, weshalb eine Einteilung in katatone, hebephrene und andere Formen im Kinderalter unmöglich sei.

J.LUTZ⁶⁸, W.SPIEL¹⁰³, F.G.v.Stockert¹¹⁰, H.STUTTE^{112,114} und M.TRAMER¹²⁰ heben als Grundsymptome der kindlichen Schizophrenie hervor: Kontaktstörungen, Abbau der Gefühlswelt, bizarres Verhalten, Autismus, Tagträumereien, Leistungsabfall, Sprachstörungen (Mutismus oder Logorrhoe, Echolalie), Stereotypien, Negativismus, Antriebslosigkeit, sinn- und ziellose Umtriebigkeit; Depersonalisationserlebnisse, Angst- und Verstimmungszustände. Systematisierte Wahnideen und Halluzinationen finden sich bei der Früh-schizophrenie zur selten, wobei entsprechend der kindlichen Vorstellungswelt optische Halluzinationen eher auftreten als akustische (B.KOTHE⁵⁵). M.TRAMER¹²⁰ prägte den Begriff des "Phonographismus" (Wiederholung der an das Kind gerichteten Fragen). F.G.v.STOCKERT¹¹⁰ machte darauf aufmerksam, daß Schizophrenie und manisch-depressive Erkrankungen im Anfangsstadium oft schwer voneinander zu unterscheiden seien, da bei der Früh-

schizophrenie häufig Wahnbildung und repräsentative Denkstörungen fehlen und andererseits die circuläre Psychose im Kindesalter und in der Präpubertät typisch hebephrene Züge aufweist. Gemäß den Erfahrungen von J.LUTZ⁷⁰ handelt es sich bei einer kindlichen Psychose desto eher um eine exogene Psychose, je mehr sie im Erscheinungsbild einer Erwachsenen-Schizophrenie ähnelt.

H.STUTTE¹¹⁴ weist darauf hin, daß sich der Gestaltzerfall und die Neigung zu Stereotypen beim erkrankten Kind häufig im Schriftbild sowie in den Zeichen- und Scenotestproduktionen zeigt. Wie auch C.HAFFTER³⁶ hebt er die diagnostisch entscheidende Bedeutung des Knicks in der Persönlichkeitsentwicklung des Kindes hervor.

Diese hier nur abrißhaft skizzierte Symptomatologie der kindlichen Schizophrenie steht in Übereinstimmung mit der Auffassung der meisten deutschen und europäischen Autoren. In Amerika gibt es jedoch eine größere Anzahl von Autoren, die den Schizophreniebegriff sehr viel weiter faßt und ihn teilweise für Störungen verwendet, die nicht psychotischer Natur sind. Da dies Konsequenzen auch für die prognostische Beurteilung der kindlichen Schizophrenie hat, soll kurz darauf eingegangen werden.

Für L.BENDER⁹⁻¹¹, die sich in einer großen Zahl von Veröffentlichungen mit der kindlichen Schizophrenie befaßte, ist die kindliche Schizophrenie eine genetisch festgelegte und durch physiologische Krisen (z.B. Geburt) aktivierte Entwicklungsverzögerung des biologischen Reifungsprozesses der Persönlichkeit, woraus Verhaltensstörungen resultieren, die je nach der erreichten Entwicklungsstufe verschieden ausgeprägt sind: im Säuglingsalter Störungen der körperlichen Funktionen (Störungen der Reflexe, der Tonusregulation, der Reizverarbeitung) und später Verzögerung oder Rückgang der intellektuellen und Persönlichkeitsentwicklung. Zu letzteren zählt die Autorin auch neurotische Reaktionen, antisoziales psychopathisches Verhalten, psychotische Episoden und gelegentlich auch kreative kulturelle Leistungen. Wörtlich schreibt sie: "Die Schizophrenie ist nicht gleichbedeutend mit Psychose!"

Auch andere amerikanische Autoren sind ähnlich großzügig mit der Anwendung des Schizophreniebegriffs. Meist psychoanalytisch orientiert, wenden sie ihn auch auf kindliche Verhaltensstörungen an, die als Reaktion des Kindes auf Konflikte der Eltern interpretiert (S.A.SZUREK¹¹⁸) oder als Resultat einer gestörten "Ego-Entwicklung" (J.C.HIRSCHBERG⁴⁰ und K.N.BRYANT⁴⁰, E.M.SMOLEN¹⁰¹) angesehen oder mit Veränderungen in der Periode der "symbiotischen Mutter-Kind-Beziehung" erklärt werden (M.MAHLER⁷¹). Für B.BETTELHEIM¹² ist die kindliche Schizophrenie eine Reaktion auf extreme Situationen, insbesondere Konfliktsituationen mit der Mutter; für J.F.WILLIAMS¹²⁹ eine solche auf mangelnde emotionale Zuwendung und Liebe in der frühesten Kindheit. Den europäischen Auffassungen kommen am nächsten H.W.POTTER⁸⁶, L.DESPERT²⁶ und L.KANNER⁵³. Letzterer faßt allerdings den früher beschriebenen "Early Infantile Autism" als Psychose auf und rechnet ihn dem schizophrenen Formenkreis zu. Gegen die Zugehörigkeit des Early Infantile Autism zur kindlichen Schizophrenie spricht jedoch das Fehlen eines prozeßhaft progredienten Verlaufs einerseits und einer erhöhten familiären Belastung mit Psychosen andererseits (vgl. D.WEBER¹²⁷). L.DESPERT²⁷ und andere Autoren führen an, daß die schizophrenen Psychosen stets erst nach ursprünglich normaler Entwicklung auftreten.

Zur völligen Klarstellung sei an dieser Stelle aber nochmals betont, daß die Definition der europäischen Autoren für den Begriff der kindlichen Schizophrenie für die vorliegende Arbeit maßgebend sein soll.

Die hier als diagnostisch entscheidend bewerteten Grundsymptome der kindlichen Schizophrenie seien deshalb nochmals zusammengefaßt stichwortartig aufgeführt: Beziehungsstörungen (Kontaktverlust), affektive Veränderungen (Verlust der affektiven Schwingungsfähigkeit bis zur affektiven Stumpfheit und Gemütskälte), Angst und Bedrohtheitserlebnisse (oft gepaart mit Depersonalisationserlebnissen und hypochondrisch gefärbten Körperängsten), Störungen des Antriebs (im Sinne der Drangenthemmung oder Erlahmens von Wille, Spontaneität, Interesse und Ausdauer), Störungen der Motorik (Steifheit, Geschraubtheit, Eckigkeit, Stereotypien,

Grimassieren) und der Sprache (Echolalie, Phonographismus, Logorrhoe, Iterationsneigung, Neologismen). Das verschrobene, läppisch gestelzte Verhalten tritt nicht selten auch in Schrift und Zeichnungen hervor. Diagnostisch wichtig ist die knickhaft einsetzende Wesensänderung.

3. SCHRIFTTUM

3.1. Schrifttum zum Thema "Prognose und Verlauf kindlicher und präpuberaler Schizophrenie"

Im vergangenen Jahrhundert erwähnten zwar FRIEDRICH, GRIESINGER, EMMINGHAUS und CHARPENTIER bereits Psychosen schizophrener Prägung auch bei Kindern (vgl. H.STUTTE¹⁴), Prognose und Verlauf der kindlichen und präpuberalen Schizophrenie beschrieben indessen als erste E.KRAEPELIN⁵⁶ und einige Jahre später E.BLEULER¹³. E.KRAEPELIN⁵⁷ beurteilte die Heilungsaussichten dieser Krankheit, die er als Frühform der Dementia praecox bezeichnete, sehr schlecht. E.BLEULER¹³ war dagegen der Meinung, daß die Prognose der vor der Pubertät auftretenden Schizophrenie nicht unbedingt hoffnungslos sei.

H.BÜRGER-PRINZ¹⁹ vertrat 1935 den Standpunkt, daß es vor dem 12.Lebensjahr keine Schizophrenie gäbe; er ließ also als Frühstadium der Schizophrenien nur die präpuberale Schizophrenie gelten. In seinem Material fand sich "knapp ein Drittel mit guten bis schwer defektösen Remissionen". Alle übrigen Fälle endeten schon bis zum 20.Lebensjahr in völliger Demenz, die eine Dauerunterbringung in einer Anstalt notwendig machten.

Im Jahr 1937 veröffentlichte J.LUTZ⁶⁹ seine richtungsweisende Arbeit über "Schizophrenie im Kindesalter". Nach ihm hat die Manifestation der Psychose im Kindesalter eine ungünstigere Prognose als beim Auftreten im Erwachsenenalter. - Das besondere Verdienst von J.LUTZ⁶⁹ ist indessen darin zu sehen, daß er durch ausführliche Darstellung zahlreicher Fälle von kind-

licher und präpuberaler Schizophrenie das Augenmerk nachhaltig auf diese Frühmanifestationen lenkte.

In den letzten drei Jahrzehnten mehrten sich die Veröffentlichungen über die kindliche und präpuberale Schizophrenie, so daß aus Gründen einer besseren Übersichtlichkeit die hier zu nennenden Autoren tabellarisch aufgeführt werden (Zahlentafel 1). Die Befunde nach Prognose und Verlauf gestatten eine Unterteilung in 3 Gruppen, obschon die Grenzen erwartungsgemäß nicht vollkommen scharf sind.

Z A H L E N T A F E L 1 (Fortsetzung)

Name des Autors	Zahl d.u. Fälle	Erkrank.-Alter	Art des Beginns	Katamn. Frist	V e r l a u f	Prognose	Gruppe
L.G.GEZLOVA ³³ (1963)	40	3-8			16 katastrophaler Verl. 14 remittierend m.Defekt zum Defekt	sehr ungünst.	I
R.VEDDER ¹²² (1940)					10 schleichend.Verlauf zum Defekt Schizo.d.Kleinkindes:in kurzer Zeit auftretende Demenz	"erfahrungs- gemäß infaust"	
G.K.USCHAKOW ¹²¹ (1965)	225	bis 18 J.			Schizo.d.Schulkindes/je älter desto öfter Remissionen 52,4% langs.Entwicklg. 30,1% periodisch 4,8% hebephren 4,8% akut paranoid 3,5% einfach 2,2% heboidophrenisch		
L.DESPERT ²⁶ (1958)	29	bis 14 J.	7:akut 16:schl. mit akuten Exacerbationen		akut:6 mit rapider Ver- schlechterung 1 mit partieller Restitution schleichd.: 3 mit rapid. Verschlechterung 12 chron.Verlauf zu schwerem Defekt 1 Exacerbation mit nachfolg.Chronizität	ungünstig	

Z A H L E N T A F E L 1 (Fortsetzung)

Name des Autors	Zahl d.u. Fälle	Erkrank.-Alter	Art des Beginns	Katamn. Frist	V e r l a u f	Prognose	Gruppe
J. LUTZ ⁶⁸ (1964)		bis 14 J.			schleichend mit Exacerbationen	Angst als prognostisch ungünstiges Zeichen	
H.W. POTTER ⁸⁶ u.H.R. KLEIN ⁶⁷ (1937)	14	4-12 Jahre			2 endgültig geheilt (sozial) 4 endgültige Verschlechterung	"ausnahmslos ungünstig"	
L.A. LURIE E.B. TIETZ J. HERTZMANN ⁶⁷ (1936)	13		8 akut 2 schleichend 3 akut auf schleich.Hintergrund		nur 4 Kranke entlassungsfähig (zeigten beschränkte Besserung), 3 davon verschlechterten sich stark nur 1 Fall sozial remittiert	"extrem schlechte Prognose"	I
E. GREBEKKAJA ³⁴ ALBATZ (1934/35)	22	<12 Jahre	9 plötzlich 23 schleichd.		fulminant nur 1 remittiert	schlecht	
L. VOIGT ¹²⁵ (1919)	12	<15 Jahre			Demenz	schlecht	
E. HIFT St. HIFT ³⁹ u.W. SPIEL ³⁹ (1960)	23	<14 Jahre		bis 10 J.	unter 10 J.: 4 Fälle schwere hebefahren. Versandung oder Defekt-Remission mehr als 10 Jahre: 19 Fälle	schlecht	

Z A H L E N T A F E L 1 (Fortsetzung)

Name des Autors	Zahl d.u. Fälle	Erkrank.-Alter	Art des Beginns	Katamn. Frist	V e r l a u f	Prognose	Gruppe
K. LEONHARD ⁶³ (1960) L. ANNELL ⁴ (1963)	4 43	<10			davon: paranoide Form: 6 Fälle 1 sozial remittiert (schizoide Psychopath. katatone Form: 10 Fälle alle: Defektzustände hebephrene Form: 3 Fälle 2: hebephren. Endzustand 1: Psychopath schwerer Defekt 31 Patienten in Anstalt. 2 Pat. in familiärer Pflege 4: arbeitsfähig (auffällig) 1: unauffällig	schlecht keine Voll- Remission	I
S. LEVY und R. H. SOUTHCORBE ⁶⁴ (1951)	47	bis 18 J.		10 J. 10 J.	6 Pat. soz. remittiert 10 Pat. nur vorübergeh. entlassungsfähig 31 Pat. keine Besserung Defekt	schlecht IQ < 80 und Stereo- typien prognostisch ungünstig	I
G. V. STÖCKERT ¹⁰⁹ (1957)	4	<14 J.	akut	2-8 J.		"maligner Verl. d. Schizo vor dem 18. Leb. j.	

Z A H L E N T A F E L 1 (Fortsetzung)

Name des Autors	Zahl d.u. Fälle	Erkrank.-Alter	Art des Beginns	Katamn. Frist	V e r l a u f	Prognose	Gruppe
L. EISENBERG ²⁹ (1957)	63 (Autismus KANNER)	<4J.			3 Fälle gute soz. Anpassg. 14 Fälle mäßige " " 46 Fälle schlechte "	50% d. sprach. Gruppe gebess. und nur 3 % der nicht sprechend. Gr. gebessert Aussagen über Verlauf und Prognose nicht möglich, weil i. d. Literatur angegebene Krankenge- schichten nur Querschnittsbe- trachtungen sind. Trotzdem glaubt Autor an überwie- gend günstige Prognose	I
B. KOTHE ⁵⁵ (1956)	10	≤ 16J.			3 Fälle soz. remittiert 7 " anstaltsbedürftig		
W. BRENNER ¹⁷ (1950)	5	bis 14 J.	3 schleichd. 2 knickhaft		3 schleichend zur Verblödung 2 remittier. Verlauf		II

Name des Autors	Zahl d.u. Fälle	Er- krank.- Alter	Art des Beginns	Katamn. Frist	V e r l a u f	Prognose	Gruppe
M.S.VRONO ¹²⁶ (1965)	60	3-9 Jahre		5-20 Jahre	I: 29 kontinuierlich progredient zum Defekt (rasch) davon 26 pflege- bedürftig II: 31 allmählich chronisch zum Defekt mit noch relativ guter sozialer Bindung davon 1 anhaltende Remission (Hoch- schulexamen), 6 Mittelschule übrige deutliche Defekte	Defekt um so schwerer, je früher Er- krankungs- beginn und je ausgepräg- ter katatone Symptome	II
M.JAY ⁴⁹ (1960)						1/4 der Fälle leidliche Ad- aptation, 1/3 der Fälle Ver- schlechterung bis zur Anstalts- bedürftigkeit. Rest bewegt sich zwischen diesen Beurteilungen	

Z A H L E N T A F E L 1 (Fortsetzung)

Name des Autors	Zahl d.u. Fälle	Erkrank.-Alter	Art des Beginns	Katamn.-Frist	V e r l a u f	Prognose	Gruppe
W. SPIEL ¹⁰⁵ (1961)		< 14 Jahre				Hälfte der Patienten anstandsbedürftig; 1/3 sozial remittiert, Rest: Restitution	II
R.S. LOURIE B.L. PACELLA Z.A. PIOTROWSKI ⁶⁶ (1957)	17	4-12 Jahre		4-11 Jahre	4 Fälle: gut sozial remittiert 5 Fälle: mäßig sozial remittiert 3 Fälle: Erwachsenen-schizo. 5 Fälle: Verschlechterung	verhältnismäßig günstig	
V.M. BACHINA ⁶ (1963)	148	7-16 Jahre			63 Fälle: unfähig zu jeglicher Arbeit 28 Fälle: niedrige Qualifikation 57 Fälle: zufriedenstellende berufliche Adaptation		
L. KANNER ⁵³ (1957)						20-25 % haben einigermaßen gute soziale Anpassung zu erwarten	

Z A H L E N T A F E L 1 (Fortsetzung)

Name des Autors	Zahl d.u. Fälle	Erkrank.-Alter	Art des Beginns	Katamn.-Frist	V e r l a u f	Prognose	Gruppe
N. CREAK ²⁴ (1963)	100				17 Fälle: berufsfähig 43 Fälle: dauernd i. Anstalt 40 Fälle: zu Hause, besuchen Sonderschulen		
G. SSUCHAREWA ¹⁰⁷ (1932)	107	7-17 Jahre			20 Fälle: langsam verlauf. kindliche Schizo 72 Fälle: akut verlaufende Pubertätsschizo 5 Fälle: akut verlaufende kindliche Schizo	akute kindl. Formen: schlechte Prognose schleichende kindl. Formen: keine krasse Progredienz jedoch keine Voll-Remiss.	
H. STUTTE ¹¹⁴ (1959)	51				Rest: chron. verlaufende Pubertätsschizophrenie 10 Fälle: Verschlechterung 17 Fälle: schlechte Remission 12 Fälle: sozial remittiert 12 Fälle: völlig remittiert		II
R. RUGGERI ⁹¹ (1951)	10	10-15 Jahre	akut: 7 Fälle schleich. 3 Fälle	1-13 J.	3 schleichend verlaufende Formen mit Ausgang bis zu schwerem Defekt 1 akute Form: Ausgang ohne Besserung 6 akut verlaufende Formen zum Teil mit mehreren (bis 6) Recidiven mit Voll-Remission	Prognose un- mittelbar nach Behand- lung besser als Fern- prognose	

Z A H L E N T S F E L 1 (Fortsetzung)

Name des Autors	Zahl d.u. Fälle	Erkrank.-Alter	Art des Beginns	Katamn. Frist	V e r l a u f	Prognose	Gruppe
M. CREAK ²⁵ (1938)	26	13-15 Jahre			12 Fälle: arbeitsunfähig, entweder Anstalt oder Familienpflege 14 Fälle: gebessert oder gute Remission		
L. BENDER ⁹ (1953)	330	5-15 Jahre		5-15 Jahre	110 Fälle: anstaltsbedürftig 110 Fälle: sozial remittiert 110 Fälle: gut angepaßt	gut	III
M. BOATMAN ¹⁵ u. S. SZUREK (1960)	100				20 Fälle: gut remittiert 34 Fälle: beträchtlich remitt. 21 Fälle: symptomatische Besserung Rest: nicht bekannt	abhängig von psychotherapeut. Behandlung	
E. R. CLARDY ²⁰ (1951)	28	12 Jahre		1-14 Jahre	9 Fälle: stark gebessert 10 Fälle: gebessert 9 Fälle: ungebessert	besser als allgemein angenommen	
D. E. SANDS ⁹³ (1953)	48			0	7 Fälle: geheilt 24 Fälle: gebessert 17 Fälle: unverändert		
M. KAESS ⁵⁰ (1957)	17	10-14 Jahre	14 akut 3 schleichend	2-12 Jahre	2 Fälle: völlig unauffällig 9 Fälle: berufsfähig 6 Fälle: starker Defekt	Ergebnisse unmittelbar nach Behandlung umso besser, je älter der Patient	
R. LEMPP ⁴⁴ B. VOGEL ⁶² (1966)	23	4-14 Jahre		2-11 Jahre	11 Fälle: gute Remission Rest: schwerer Defekt		

3.2. Schrifttum über die Häufigkeit kindlicher Schizophrenien

Bevor im nächsten Abschnitt (4.) die eigenuntersuchten Krankheitsfälle dargestellt werden, sei zunächst ein kurzer Hinweis auf die aus dem Schrifttum bekannt gewordene Häufigkeit schizophrener Erkrankungen im Kindesalter im Vergleich zur Schizophrenie aller Altersklassen gegeben.

Die Häufigkeit der Schizophrenie unter 10 Jahren wird von J. LUTZ⁶⁸ mit 1 % aller an Schizophrenie Erkrankten angegeben. Nach E.BLEULER¹³ beträgt die Manifestationsrate der präpuberalen Schizophrenie (bis zum 15. Lebensjahr) 4 %, während G.K.USCHAKOW¹²¹ überraschenderweise in Rußland einen Prozentsatz von nur 0,1 % bis zum 18. Lebensjahr ermittelte.

H.BÜRGER-PRINZ¹⁸ und P.ABELY¹ bestreiten - wie bereits erwähnt - das Vorkommen schizophrener Prozeßpsychosen vor dem 10. Lebensjahr^{*)}. - Einige katamnestisch verfolgte, dadurch gesicherte und im folgenden Teil beschriebene Fälle lassen sich jedoch mit dieser Ansicht nicht in Einklang bringen. M.S.VRONO¹²⁶ kommt auf Grund der von ihm untersuchten 60 kindlichen Schizophrenien zu dem Schluß, daß die Erkrankung zwischen dem 7. und 10. Lebensjahr außerordentlich selten sei, hingegen früher (3. Lebensjahr: 19 Fälle; 4. Lebensjahr: 24 Fälle; 5. Lebensjahr: 16 Fälle; 7.-9. Lebensjahr: 1 Fall) und im Pubertätsalter häufiger vorkomme. Über die Zunahme der Erkrankungshäufigkeit nach Beginn der Pubertät besteht Einigkeit unter allen Autoren.

*) H.BÜRGER-PRINZ¹⁸ hat in dem Vortrag über: "Katamnestische Erhebungen bei endogenen Psychosen des Kindes- und Jugendalters" auf der 8. Tagung der Deutschen Vereinigung für Jugendpsychiatrie vom 6.-8. Mai 1965 in Hamburg zugestanden, daß die Schizophrenie doch zu einem früheren Zeitpunkt beginnen könne, als er früher angenommen habe.

4. UNTERSUCHTE KRANKHEITSFÄLLE

4.1. Zahl der untersuchten Krankheitsfälle

Die eigenen katamnestischen Untersuchungen beziehen sich auf 66 Patienten (35 m.; 31 w.), die in den Jahren 1925-1961 in der Universitäts-Nervenlinik bzw. der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie^{*)} unter der Diagnose "Schizophrenie" stationär aufgenommen waren (Altersbegrenzung bis zum 14. Lebensjahr). Davon konnten 43 Patienten und deren Angehörige persönlich, in 2 Fällen nur die Angehörigen exploriert werden. Von den übrigen 21 Patienten konnten katamnestische Daten entweder durch Briefe der Patienten selbst oder ihrer Angehörigen (5 Fälle) und(oder) durch Einsichtnahme in Krankenakten psychiatrischer Krankenhäuser gewonnen werden, in denen sich ein Teil der Patienten noch aufhält bzw. sich bis zu ihrem Tod befand.

4.2. Alter der Patienten bei Erkrankungsbeginn

In der nachfolgenden Zahlentafel 2 sind Alter der Patienten zu Beginn der Erkrankung und Zahl der untersuchten Patienten zusammengestellt.

Z A H L E N T A F E L 2

Alter der Patienten bei Erkrankungsbeginn

Alter (Jahre)	Z a h l d. Pat.	Alter (Jahre)	Z a h l d. Pat.
3	1	9	5
4	1	10	6
6 (?)	1	11	5
6-7	1	12	10
7	3	13	20
8	2	14	11

*) Leitende Direktoren der Universitäts-Nervenlinik waren E. KRETSCHMER (1925-1945) und W. VILLINGER (1946-1959). Im Jahre 1954 erhielt H. STUTTE den Lehrstuhl für Kinder- und Jugendpsychiatrie; von diesem Zeitpunkt an trug letzterer die Verantwortung für die Diagnose.

4.3. Methodisches Vorgehen

Die Anfertigung und Auswertung von Katamnesen psychisch Erkrankter birgt unvermeidbar Fehlerquellen in sich, deren man sich, vor allem beim Vergleich mit den Befunden anderer Autoren, bewußt sein muß. Unterschiedliche Grade der Aufgeschlossenheit und Mitteilungsbereitschaft bei den einzelnen Patienten, die durch Selbstreflexion stets subjektive Darstellung der eigenen Persönlichkeit und Biographie einerseits und deren bis zu einem gewissen Grade gleichfalls subjektive Bewertung durch den Untersuchenden andererseits relativieren den Aussagegehalt der Untersuchungsergebnisse. Hinzu kommt die Einmaligkeit der Nachexploration, die manchmal einen unzulänglichen Eindruck von der Persönlichkeit des ehemaligen Patienten und einen oft nur sektorenhaften Einblick in sein Leben gaben. Wünschenswert wäre es gewesen, die Patienten in Grenz- und Belastungssituationen zu erleben, was aber nur in Ausnahmefällen möglich war.

Trotz der aufgezählten Erschwernisse bei der katamnestischen Untersuchung konnte bei gleichzeitiger Verwertung der früheren Krankengeschichten in der Regel doch ein Gesamtbild von der jetzigen Persönlichkeitsartung des ehemals als schizophran beurteilten Kindes gewonnen werden, das eine Aussage zur Prognose der Schizophrenie im Kindesalter erlaubt. Im einzelnen wurde wie folgt verfahren:

Die weitaus größere Mehrzahl der nachuntersuchten Patienten reagierte auf den Versuch einer Kontaktaufnahme zunächst ablehnend, und nur durch behutsames Werben um ihr Verständnis in mehreren Briefen und teilweise auch erst bei einem überraschenden Besuch konnte das anfängliche Mißtrauen abgebaut werden. Bis auf ganz wenige Ausnahmen waren die Patienten darn sehr mitteilksam und aufgeschlossen.

Bei der Nachuntersuchung wurde nochmals eine genaue Familien-, Eigen- und Spezialanamnese erhoben. Auf diese Weise konnten aus den Krankengeschichten ersichtliche Angaben ergänzt werden. Immer bestrebt, den Patienten möglichst in einer für die Gewinnung eines objektiven Bildes wichtigen Unbefangenheit zu

erhalten und dem Gespräch den Charakter einer psychologischen Testung zu nehmen, wurde nach der Biographie und nach dem Zeitraum seit dem Klinikaufenthalt etwa aufgetretenen psychotischen Symptomen detailliert gefragt. Es wurde weiterhin versucht, Näheres in Erfahrung zu bringen über das Berufsleben des Patienten (Arbeitsfähigkeit, Arbeitstempo, Ausdauer, Fleiß, Sorgfalt, Geschicklichkeit, Verhalten bei neuen Aufgaben oder auftauchenden Schwierigkeiten, Versagenszustände, Berufswechsel usw.), über sein Verhältnis zur Umwelt (Umgänglichkeit, Kontaktfähigkeit, Einfühlungsvermögen, Mitteilungsfähigkeit, Vertrauensfähigkeit, Hingabefähigkeit oder Ich-Bezogenheit, Einordnungsfähigkeit, Eigenarten, Selbständigkeit oder Bestimmbarkeit, Mitgefühl, Wahrheitsliebe), über Zukunftspläne, Lieblings- und Freizeitbeschäftigungen und sein Verhältnis zur Realität (lebensnah, -tüchtig, versponnen oder weltfremd). Besonderer Wert wurde auf die Beurteilung der Gemütslage und der emotionalen Schwingungs- und Steuerungsfähigkeit sowie der Willensfunktionen des Patienten gelegt, da gerade auf diesen Gebieten sich postpsychotische Defekte im Sinne einer "Senkung des allgemeinen seelischen Energieniveaus" (G.STERTZ¹⁰⁸) bevorzugt manifestieren.

Es galt vornehmlich, auf ein Nachlassen der Impuls- und Willensstärke, auf Sprunghaftigkeit sowie Bestimmbarkeit des Denkens und Handelns, Mangel an Zielbewußtsein, Einbuße an innerem Antrieb, Spontaneität, Interesse, Spannkraft, Entschlußkraft und Konzentrationsfähigkeit zu achten. In die Beurteilung wurden ferner die Resonanzfähigkeit, die Art der persönlichsten inneren mitmenschlichen Beziehungen (besonders zu den engsten Angehörigen), die Fähigkeit zur Anteilnahme, zum Mitfühlen und Mit leiden einbezogen. Wichtig waren Hinweise für eine Verringerung der Steuerung der Gefühls- und Gemütsäußerungen (Affektlabilität, Reizbarkeit, Erregbarkeit, Inadäquatheit der Gefühlsreaktionen, Launen) sowie für eine erhöhte Intoleranz gegenüber Reizen der Umwelt (erhöhte Empfindsamkeit, Störbarkeit) und für verminderte Belastungsfähigkeit durch erschwerende situative Umstände. Von besonderem Interesse war außerdem, die Selbst-

einschätzung des Patienten zu erfahren (sich akzeptierend oder ablehnend, Selbstvertrauen oder Minderwertigkeitsgefühle, event. Versagensangst und Selbstbeobachtung).

Stets wurden folgende m.E. zur Beurteilung einer Persönlichkeit wichtigen Fragen gestellt:

- a) Was würden Sie tun, wenn Ihnen alle Möglichkeiten offen stünden?
- b) Was ist für Sie das Wichtigste im Leben, ohne das Sie nicht leben könnten?
- c) Was würden Sie wünschen, wenn alle Wünsche in Erfüllung gingen?

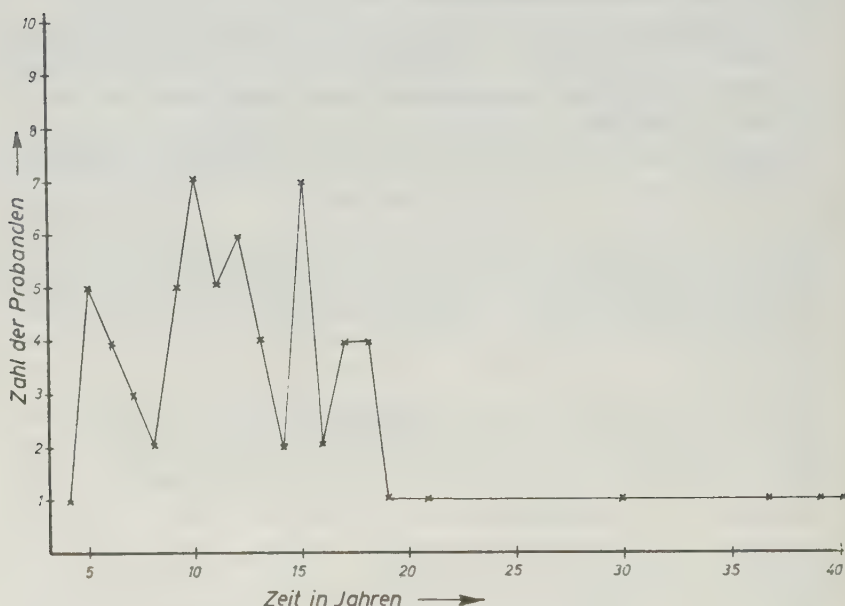
Abschließend wurde eine Intelligenzprüfung durchgeführt, die sich jedoch im wesentlichen auf Testung des Abstraktionsvermögens und die Fähigkeit, Sinnzusammenhänge zu erfassen, beschränkte.

Die Katamnesenfrist betrug mindestens 5 Jahre; das längste Intervall zwischen Zeitpunkt des ersten Klinikaufenthalts und der Nachuntersuchung war 40 Jahre. Einmal erstreckte sich allerdings die Nachbeobachtungszeit auf nur 4 Jahre, da in diesem Fall ein besonders bemerkenswerter Krankheitsverlauf vorlag. Die Dauer der Katamnesenfristen bei den untersuchten Patienten ist in Zahlentafel 3 und Abb. 1 zusammengestellt.

Z a h l e n t a f e l 3

Katamnesenzeit (Jahre)	Zahl der Patienten	Katamnesenzeit (Jahre)	Zahl der Patienten
40	1	13	4
38	1	12	6
37	1	11	5
30	1	10	7
21	1	9	5
19	1	8	2
18	4	7	3
17	4	6	4
16	2	5	6
15	7	4	1
14	2		

Abb.1



4.4. Aufgliederung der Krankheitsfälle

Nachstehend soll eine Aufgliederung der katamnestischen Erhebungen nach verlaufsdynamischen Gesichtspunkten vorgenommen werden. Dabei schälten sich in 3 Hauptgruppen (4.4.1., 4.4.2. und 4.4.3.) und in 11 Untergruppen (4.4.1.1. bis 4.4.1.7. und 4.4.2.1. bis 4.4.2.4.) zu unterteilende Verlaufstypen heraus (vgl. auch Zahlentafel 4). Es bestehen allerdings nicht immer scharfe Grenzen zwischen den einzelnen Gruppen.

Zu den Abschnitten in der Beschreibung der einzelnen Krankheitsfälle ist zu bemerken:

"Psychopathologisches Bild"

Es wird das psychopathologische Gesamtbild über den Zeitraum beschrieben, wie er aus der Krankengeschichte der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie hervorgeht, d.h. ohne Rücksicht auf die Zahl der Episoden und die Zeit der klinischen Behandlung.

"Katamnese"

Der Abschnitt wird jeweils dann aufgeführt, wenn die katamnestischen Daten nicht durch persönliche Gespräche mit Patienten bei den Nachuntersuchungen gewonnen wurden, sondern aus Akten auswärtiger Kliniken, Briefen der Patienten selbst oder ihrer Angehörigen, Briefen der Leiter von Jugendämtern oder mündlichen Mitteilungen von Verwandten.

"Nachuntersuchung"

Falls nur persönliche Nachuntersuchungen stattfanden, enthält dieser Abschnitt zugleich die katamnestischen Daten.

4.4.1. Akute episodenhafte bzw. schubweise Verlaufsformen

4.4.1.1. Akute Episode mit Ausgang bislang in Heilung

Patienten: 5 wl., 1 ml.

Fall a) Kr.Nr.359/52, ml.

Katamnestische Frist: 13 Jahre

FA:

Großvater mütterlicherseits Depressionen, Kusine väterlicherseits als Kind Angstzustände, Somnambulismus.

Milieu:

Vater gefallen, Stiefvater (Lehrer) nervös, unbeherrscht, Mutter autoritär, setzt Familie mit ihren Launen unter Druck, viel Streit und Spannungen.

Konstitution:

pyknisch (gemäß eigener Feststellung)

EA:

Jedes Jahr etwa 14 Tage gedrückt, unkonzentriert, antriebsarm.

Praemorbid:

Sehr guter Schüler, gut kontaktfähig, heiter, froh.

Beginn der Psychose: 11 Jahre, plötzlich.

Psychopathologisches Bild:

Konzentrationsstörungen, Angst, traurige Verstimmung. Optische und Geruchshalluzinationen, Vergiftungsideen, abnorme Körpersensationen (Gefühl, als ob Rauch durch den Körper ziehe). Nach wenigen Tagen Abklingen der Symptome.

Diagnose: Schizophrenie

Therapie: keine

Nachuntersuchung (20.8.1965, Alter d.Pat.: 24 J):

Pat. ist in der Zwischenzeit nicht wieder erkrankt. Nach der Erkrankung noch eine Zeitlang mißtrauisch gewesen, mit der Zeit sich ein "dickes Fell" zugelegt; Abitur und Studium der Medizin (6.Semester). Pat. erscheint freundlich, höflich, macht warmherzigen, gutmütigen, differenzierten, sensiblen Eindruck, ist beliebt, hilfsbereit, etwas scheu und zurückhaltend, aber kontaktfähig. Insgesamt cyclothyme Persönlichkeit.

Epikrise:

Wenige Tage anhaltende akute ängstlich-paranoid-halluzinatorische Episode im Alter von 11 Jahren. Im weiteren Verlauf (13 Jahre) kein Rezidiv. Bei der Nachuntersuchung keinerlei Wesensauffälligkeiten im Sinne eines psychotischen Defekts.

Fall b) Kr.Nr.598/53, wl.

Katamnestische Frist: 13 Jahre

Familienanamnese:

Schwester des Vaters mehrfach wegen paranoider Schizophrenie mit Denkzerfahrenheit und stuporös-katatoner Zustände in stationärer psychiatrischer Behandlung.

Milieu: unauffällig

Konstitution: unbekannt

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid:

ausgeglichen, aufgeschlossen, vergnügt, sensibel, gute Schülerin, gewissenhaft, fleißig, singt und tanzt gern, musiziert, hat Freundinnen.

Beginn: 14 Jahre, plötzlich

Psychopathologisches Bild:

5 Tage dauernde flüchtige psychotische Episode, der Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, Konzentrationsstörungen und Neigung zu Tragträumereien vorausgegangen waren, Pat. hatte wahnhaft-illusionäre Erlebnisse, stand unter Einfluß von akustischen und optischen Halluzinationen, litt unter Veränderungsgefühlen und Derealisationserlebnissen, unter einem quälenden Grübelzwang und Angstzuständen (daß die Russen kommen würden, Atombomben fielen und sie sterben müßte) und äußerte Beziehungsideen. Während der anschließenden Kliniksbeobachtung konnten keine psychotischen Störungen mehr nachgewiesen werden. Die Pat. verhielt sich ruhig, bescheiden, wirkte harmonisch und gut kontaktfähig.

Diagnose: Schizophrenie

Therapie: keine

Katamnese (Brief der Mutter):

Pat. ist nicht wieder erkrankt, gute berufliche Erfolge. 1958 Heirat. Seit 1959 in USA. Pat. hat fünfjährige Tochter. Die Stimmung ist immer gut. Pat. ist sehr beliebt.

Epikrise:

Mit 14 Jahren Ausbruch einer flüchtigen psychotischen Episode bei einem prä-morbid unauffälligen, aber familiär stark belasteten Mädchen. Defektfreie Heilung. Im weiteren Verlauf weder Rezidive noch irgendwelche Defektzeichen aufgetreten.

Fall c) Kr.Nr.2072/36, wl.

Katamnestiche Frist: 30 Jahre

Familienanamnese: o.B.

Milieu: unauffällig

Konstitution: asthenisch-leptosom (gemäß Akte)

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid: kontaktfähig, lebenslustig, sportlich

Beginn: 14;8 Jahre, plötzlich, nach Halsentzündung

Psychopathologisches Bild:

Depressive Verstimmung, wechselnd mit unmotivierter Heiterkeit,

Grübelzwang, Logorrhoe, optischen und akustischen Halluzinationen, Verfolgungsideen, Angst und hochgradige Erregungszustände in schnellem Wechsel mit läppisch-distanzlosem Verhalten oft am gleichen Tage. Schließlich apathisch, uninteressiert, in der Stimmung stumpf und gleichgültig, wenig Antrieb, ohne Kontakt, hochgradige Affektlabilität.

Diagnose: Hebephrenie

Therapie: Adalin

Katamnese (Brief der Pat.):

Kein Rezidiv, wetterabhängige Stimmungsschwankungen, sonst o.B., gutes Verhältnis zu Mitmenschen, tatkräftig, tüchtig; ausgeprägte Hobbies (Theater, Sport), Kindergärtnerin, 1951 Heirat, 1 Sohn (Gymnasiast).

Epikrise

Nach einer Halsentzündung im Alter von 14 Jahren etwa 4 Monate anhaltende akute psychotische Episode, die trotz anfänglicher Ausbildung von Defektzeichen (es wurde deshalb Sterilisationsantrag gestellt) schließlich voll remittierte. In den folgenden 30 Jahren weder Auftreten eines Rezidivs noch Ausbildung von Defektzeichen.

Fall d) Kr.Nr.120/61; wl.

Katamnestiche Frist: 5 Jahre

Familienanamnese: o.B.

Milieu:

sehr einfache Wohnverhältnisse, Ehe der Eltern geschieden, Pat. versteht sich nicht mit der Stiefmutter, die zänkischen, böseartigen Eindruck macht.

Konstitution: leptosom (gemäß eigener Feststellung)

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid: gut lenkbar, lebhaft, fröhlich

Beginn: 13 Jahre; plötzlich

Psychopathologisches Bild:

Verhaltensschwierigkeiten, Schlaflosigkeit, vermehrte Unruhe, starke Stimmungsschwankungen, erzählte unsinnige Dinge z.B., daß sie ein Kind erwarte, gibt Auftrag, Babywäsche zu stricken. Dann maniformes Zustandsbild mit ausgesprochen heiterer Grundstimmung, erheblichem Antriebsüberschuß, schwatzhaft, keck, häufig unechtes inadäquates Lachen, geziert, gekünstelt. Im Verlauf einer Windpockenerkrankung akut psychotisch: sehr unruhig, lachte und weinte unmotiviert und inadäquat durcheinander, paranoide Ideen, Angstgefühle, akustische Halluzinationen

(hörte wochenlang aus den Wänden und dem Fußboden heraus Musik, die Stimme von Männern, die angeblich auch an der Kliniksfassade hochklettern und sie böhren, und die Stimme ihrer Freundin, die sie beschimpfte), Denkzerfahrenheit, Affektlabilität, kataton-substuporöse Zustände, verstopfte sämtliche Steckdosen mit Papier und hängte Zettel mit der Aufschrift "ich habe Angst vor Euch" an alle möglichen Gegenstände. Äußerte wiederholt, sie heiße nicht R., sondern sie sei ihre Schulfreundin. Nach mehreren Wochen unter Truxalbehandlung Remission.

Diagnose: Schizophrene Prozeßpsychose

Therapie: Truxal

Nachuntersuchung (17.12.65) (Alter d.Pat. 19 J.):

Freundlich, höflich, mitteilend, Pat. berichtete fleißig und munter; jedoch wortkarg, sobald das Gespräch auf ihre Erkrankung kam, nur noch schwaches Schulterzucken, leichte Bewegung des Kopfes mit abgewandtem Blick oder ein "hm, hm". Psychotische Störungen nicht mehr aufgetreten, sei so wie vor der Erkrankung. Berufsweg ohne Knick. Nicht sicher beurteilbar, ob leichter Defekt auf affektivem Gebiet (Pat. kommentierte den Tod des Vaters mit den Worten, "ach, na ja, wie das so ist"). Pat. erschien lebens- und realitätsnah, geschickt, schnell und wendig im Beruf; ist bei Arbeitskollegen beliebt. Äußere Erscheinung sehr gepflegt, geschmackvoll. Pat. wirkte ohne besonderen emotionalen Tiefgang, wenig differenziert, starke Komplexempfindlichkeit gegenüber der Psychose

Epikrise:

Nach etwa 2 Monate anhaltenden Prodromen maniformes Zustandsbild, das im Verlauf einer Windpockenerkrankung in eine akute psychotische Episode schizophrener Prägung überging, die etwa 7 Wochen lang anhielt und sich unter Truxal-Medikation nur langsam besserte. Voll remittiert entlassen. In den 5 1/2 Jahren seit der Entlassung kein Rezidiv, bei der Nachuntersuchung nicht sicher beurteilbar, ob leichter postpsychotischer Defekt auf affektivem Gebiet oder (eher wahrscheinlich) bereits prämorbid Charaktereigenart einer insgesamt wenig differenzierten und emotional wenig schwingungsfähigen schizothymen Patientin.

Fall e) Kr.Nr.1919/47; wl.

Katamnestiche Frist: 18 Jahre

Familienanamnese: o.B.

Milieu: unauffällig

Konstitution: leptosom (gem. eigener Feststellung)

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid: gute Schülerin, kontaktfähig

Beginn: 13;1 Jahre, plötzlich

Psychopathologisches Bild:

Optische Halluzinationen, Angst, Logorrhoe, glaubte sterben zu müssen, keine Luft mehr zu bekommen, leibhypochondrische Beschwerden, Ideenflucht, Affektinkontinenz. Nach 8 ES Remission, keine Wahninhalte mehr. Erschien antriebsarm, zeigte wenig gemüthhaftes Mitschwingen.

Diagnose: Kindliche Schizophrenie (hebephrenes Bild)

Therapie: 8 ES

Nachuntersuchung (22.9.65): Alter der Pat. 31 Jahre

Zwar gelang es sofort, mit Pat. in Kontakt zu kommen, jedoch keine warme Beziehung herstellbar. Pat. wirkte außerordentlich zurückhaltend, ihr Bericht gab Zeugnis von der Genügsamkeit und Zufriedenheit, die ihren Lebensstil charakterisieren. Keinerlei Ansprüche an Umwelt und Mitmenschen stellend. "Alle sind mir gleich lieb", zu keinem Menschen besonders enges Verhältnis, zufrieden mit dem, was sich ihr bietet, lebt gern und betonte, wie froh sie sei, gesund zu sein; arbeite gern (Krankenhausangestellte), sei sehr kinderlieb; machte ordentlichen und gewissenhaften Eindruck.

Epikrise:

Im Alter von 13 Jahren auftretende 5-6 Wochen anhaltende psychotische Episode, die defektfrei abklang. Bislang (18 Jahre) anhaltende Remission.

Fall f) Kr.Nr. 1520/48; wl.

Katamnestische Frist: 18 Jahre

Familienanamnese: o.B.

Milieu: einfache Verhältnisse

Konstitution: Pyknikerin (gem. eigener Feststellung)

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid: vergnügt, gute Schülerin

Beginn: 14;11 Jahre, akut

Psychopathologisches Bild:

Antriebsverlust, Ratlosigkeit, Schlaflosigkeit, merkwürdig starrer Blick, Derealisations- und Bedeutungserlebnisse, zeitliche Desorientiertheit, automatenhaftes Ausführen von Aufträgen, Willenslosigkeit, Affektlahmheit, Stuporzustände. Nach 10 ES unge bessert entlassen. (Dauer des Klinikaufenthalts: 5 Wochen)

Diagnose: 1. Schub einer kindlichen Schizophrenie

Therapie: 10 ES

Nachuntersuchung (23.2.66): Alter d.Pat.: 32 J.

Nach anfänglich mißtrauisch ablehnender Haltung war Pat. bald zugewandt, zutraulich und offen. Distanzierte sich vom damaligen Krankheitszustand und meinte, es habe sich um Drüsenstörungen gehandelt. Nie wieder erkrankt, lediglich nach 2 Geburten (seit 1961 verheiratet) leicht verstimmt gewesen. Erschien affektiv schwingungsfähig, keine Antriebsstörungen. Paßt sich gut in das bauerlich kleinbürgerliche Milieu ein. Hat einen arbeitsreichen Tag (Haushalt und Landwirtschaft).

Epikrise:

Pat. ist im Alter von 14 Jahren einmalig akut psychotisch erkrankt. Bei der Nachuntersuchung 18 Jahre nach Ausbruch der Erkrankung keinerlei gröbere Wesensauffälligkeiten, kein Charakterdefekt, kein soziales Absinken.

4.4.1.2. Akute Episode, der mehrere flüchtige Episoden vorausgegangen sind, mit Ausgang bislang in Heilung
(Patienten: 2 w, 3 m)

Fall a) Kr.Nr. 4502/27; w.

Katamnestische Frist: 38 Jahre

Familienanamnese:

Mutter debil, sehr eigensinnig, konnte nicht Haushalt führen, tat immer Gegenteil von dem, was sie tun sollte, hatte als Kind das "rasende Nervenfieber".

Milieu: Familienleben durch Mutter beeinträchtigt

Konstitution: pyknisch (gemäß eigener Feststellung)

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid:

gewissenhaft, fleißig, ordentliche Schülerin, bisweilen ängstlich, zartfühlend, überwiegend vergnügt, gesellig.

Beginn: 14 Jahre, plötzlich

Psychopathologisches Bild:

In den Jahren 1926 und 1927 4 flüchtige, jeweils nur wenige Tage dauernde psychotische Episoden mit Beziehungs- und Verfolgungsideen (lief einmal laut schreiend vom Feld und glaubte, der Onkel wolle sie umbringen). Hörte Stimmen, die ihr nachriefen, sie sei eine Hure, sie bekomme ein Kind, ihr Bauch sei schon ganz dick. Glaubte, pfeifende und wispernde Stimmen aus dem Schrank zu hören. War ängstlich, schreckhaft, unruhig, mürrisch und gereizt. 2 Tage vor Klinikaufnahme erhebliche Unruhe,

Rededrang. Lief fort, machte sich nachts ein Lager aus Säcken vor der Haustür. Dort wurde sie mit aufgelösten Haaren gefunden. Konnte nur mit Gewalt zu Bett gebracht werden. Am nächsten Morgen lief sie nur mit Unterhose bekleidet durch das Dorf. Wehrte sich heftig gegen Rückkehr ins Elternhaus. Während Kliniksbeobachtung (17.10.27 - 7.12.27) hebephren, mutistisch, häufiges Grimassieren, kataleptische Züge, manirierte Bewegungen, Denkerfahrenheit, paranoide Ideen, sang obszöne Lieder. Nach kurzdauerndem Rückfall mit stuporösem, negativistischem, mutistischem Verhalten und kataleptischen Haltungen voll remittiert. Freundlich, fleißig, ruhig und geordnet. Leichtes Grimassieren.

Diagnose: Hebephrenie mit paranoiden Zügen

Therapie: keine

Nachuntersuchung (21.10.65): Alter der Pat.: 53 J.

Freundliche, warmherzige, aber sehr energische und tatkräftig erscheinende Pyknikerin. Hat ein nicht leichtes Schicksal mit Energie und Fleiß gemeistert. Macht einen offenen und ehrlichen Eindruck, dabei gutmütig und affektiv gut schwingungsfähig. Zeigte Züge bäuerischer Lebentüchtigkeit und Schläue. Einfach strukturiert, fest im Leben stehend. Weiß sich durchzusetzen. Zunächst nach ihrer Erkrankung noch empfindlich gewesen, Verstimmungen und Insuffizienzgefühle, allmählich Besserung. 1932 Heirat, Mann im Krieg gefallen, einziger Sohn starb an Folgen einer Endokarditis, zur selben Zeit. Beides hat sie sehr mitgenommen. Psychotische Symptome nicht mehr aufgetreten.

Epikrise:

Pat. erkrankte insgesamt 5 mal akut psychotisch, wobei die ersten Episoden jeweils nur wenige Tage anhielten, während die letzte einen Kliniksaufenthalt von mehreren Wochen notwendig machte. Danach Vollremission, die nunmehr fast 40 Jahre anhielt, keinerlei Hinweis für schizophrene Persönlichkeitsabwandlung.

Fall b) Kr.Nr. 1554/47; w.

Katamnestiche Frist: 19 Jahre

Familienanamnese:

Der um 4 Jahre ältere Bruder erlitt 1956/57 1. Schub einer Schizophrenie, seitdem wiederholt in stationärer psychiatrischer Behandlung, bereits Defekt. Schwester des Vaters Schizophrenie (Beginn mit 24 Jahren), schwerer Defekt. Bruder der Großmutter väterlicherseits: zeitlang "irrsinnig". Urgroßmutter väterlicherseits nach einer Entbindung: "die Milch in den Kopf gestiegen".

Milieu: unauffällig

Konstitution: pyknisch (gem. eigener Untersuchung)

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid:

Lustig, ausgeglichen, mitfühlend, großer Freundinnenkreis

Beginn: 13;3 Jahre, akut

Psychopathologisches Bild:

3 mal in 28-tägigem Abstand leibhypochochondrische Beschwerden, wenige Wochen später Rededrang, Unruhe, Schlaflosigkeit, Wahnstimmung mit Sendungsbewußtsein. Rief plötzlich nachts um Hilfe, sie müsse ersticken, rief "so eine Sau, so eine Sau", sagte zu Vater und Mutter: "Du bist der Teufel, Du die Hexe". Während der klinischen Beobachtung (9.1.48 - 13.2.48) Derealisations- und Depersonalisationserlebnisse ("die kleine Gisela ist in der großen Gisela drin"), abnorme Körpersensationen "wenn ich nicht atme, wird es dunkel, es geht ein Strom von mir aus". Märchenhafte Erlebnisse, meinte, sie sei ein Frosch, eine Olive, eine kleine Gisela und eine große Gisela zugleich. Stand unter Einfluß von optischen und, wie sich katamnestisch herausstellte, auch akustischen Halluzinationen. Nach insgesamt 8 ES vollständige Remission mit Krankheitseinsicht, lediglich noch ambivalente Gefühlshaltung gegenüber Krankheitserlebnissen.

Diagnose: Kindliche Schizophrenie

Therapie: 8 ES

Nachuntersuchung (20.4.66): Alter der Pat.: 32 J.

Schnell herzlicher, warmer Kontakt. Pat. machte Eindruck eines offenen, freundlichen, fröhlichen, frischen Menschen, vergnügt und ausgeglichen. Wirkte dabei energisch, hausfraulich und tatkräftig (sehr großer Haushalt), stark mütterliche Züge. Erinnernte sich noch an Einzelheiten ihrer Erkrankung. Gab spontan an, Stimmen gehört zu haben, die ihr Befehle gaben (z.B. nachts "geh doch runter, geh runter") und die sie beschimpften. Seitdem nicht wieder erkrankt. 1956 Heirat, 3 gesunde Kinder. Ehe und Verhältnis zu den Kindern gut, Wohnung sauber und gepflegt mit viel Blumen. Guter Kontakt zu Freundinnen, handarbeitet gern. Sinn für Humor. Schilderte sich selbst als nicht nachtragend, kann sich aussprechen, redet sich ihr Anliegen von der Seele; durchschnittliche Intelligenz.

Epikrise:

Bemerkenswert starke familiäre Belastung mit schweren postpsychotischen Defektzuständen! Pat. machte mit 13 Jahren insgesamt 4 jeweils etwa 3 Tage anhaltende flüchtige psychotische Episoden durch. Die 5. und schwerste Episode dauerte etwa 6 Wochen und verlief ebenfalls ohne Hinterlassung eines Persönlichkeitsdefekts. Pat. ist bis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung (19 Jahre später) nie wieder erkrankt.

Fall c) Kr.Nr. 1507/23; m.

Katamnestiche Frist: 16 Jahre

Familienanamnese:

Großtante väterlicherseits an "Nervenschock" mit 22 Jahren versterben.

Milieu: unauffällig

Konstitution: unbekannt

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid: Einzelgänger, Gymnasiast

Beginn: 13 Jahre, plötzlich

Psychopathologisches Bild:

1.Episode: Stupor mit Nahrungsverweigerung, Mutismus, Negativismus, Initiativeverlust, Vergiftungsideen, insgesamt 6 Wochen Dauer, davon 14 Tage stuporös. Danach wieder Schulbesuch, holte das Versäumte schnell nach.

2.Episode: 1 Jahr später, nach leichter Erkältungskrankheit Unruhe, Angst, Schlaflosigkeit, Logorrhoe, Denkerfahrenheit, religiöse Wahnstimmung, katatone Erregungszustände, Stuporzustände mit Katalepsien, Mutismus, Negativismus. Stereotypien, Grimassieren, Kotschmiererei. Nach wenigen Wochen Vollremission.

Diagnose: Schizophrenie

Therapie: Hyoscin, Coffein, feuchte Packungen

Katamnese (Prof.Stutte):

Patient legte Abitur ab. Nach 16 Jahren im Krieg gefallen.

Epikrise:

Insgesamt 2 akute psychotische Episoden im Alter von 13 und 14 Jahren von jeweils 6 - 8 Wochen Dauer, die jedesmal völlig ausheilten. Pat. war familiär belastet und war Einzelgänger. Nach 16 Jahren ohne Rezidiv und ohne Auftreten eines Charakterdefekts im Krieg gefallen.

Fall d) Kr.Nr. 838/51; m.

Katamnestiche Frist: 14 Jahre

Familienanamnese: o.B.

Milieu: Ehe der Eltern geschieden, primitive Wohnverhältnisse

Konstitution: athleto-pyknischer Mischtyp(gem. eigener Feststlg.)

Eigenanamnese: o.B.

Praemorbid: unauffällig, guter Schüler

Beginn: 13 Jahre, plötzlich

Psychopathologisches Bild:

Flüchtige Episode mit abnormen Körpersensationen (fühlte Strom in den Händen) und unsinnigen Handlungen. Mit 14 Jahren erneut psychotisch: Beziehungsideen, paranoide und religiöse Wahnideen mit Sendungsbewußtsein, und Weltuntergangsstimmung, Selbstbeschuldigungstendenzen, hypochondrische Ideen, Vorbeireden, Denkzerfahrenheit, akustische und optische Halluzinationen (halluzinierte ein Bild an der Zimmerdecke, von dort würde Benzol auf ihn gegossen und dann würde er angesteckt). Bedrohtheits- und Bedeutungserlebnisse, hochgradige Erregungs- und Stuporzustände mit zeitweise kataleptischen Haltungen. Nach 14 ES und 39 Insulin-Comata Abklingen der Symptome. Nach wenigen Tagen Rezidiv, das etwa 14 Tage anhielt. Wurde nach 4 Monaten entlassen, neigte noch zu überschießenden Affektreaktionen und klagte gelegentlich über Körpermühsamkeiten.

Diagnose: Schizophrenie

Therapie: 14 ES, 39 Insulin-Comata

Nachuntersuchung (29.9.65): Alter des Pat.: 28 J.

Nach anfänglicher Instabilität (häufiger Orts-, Stellen und Berufswechsel), zum Teil größeren und uneinfindbaren Verhaltensauffälligkeiten (Alkoholkonsum, Verkehrsdelikte; Pat. schloß sich einmal (1956) als Gefreiter bei der Bundeswehr, wohin er sich freiwillig gemeldet hatte, mit einer Pistole in der Toilette ein, wobei sich ein Schuß löste, der die Tür durchbohrte. Suizidabsichten habe er damals nicht gehabt, sondern sich nur heimlich die Pistole ansehen wollen. - Pat. wurde deshalb nach nur 3monatiger Dienstzeit entlassen) beruhigte und stabilisierte sich das Leben des Pat.; seit 1959 verheiratet (2 Kinder), seit 7 Jahren an der gleichen Arbeitsstelle (Gummifabrik). Psychotische Symptome negiert, Nachuntersuchung ergab keinerlei Wesensauffälligkeiten.

Epikrise:

Mit 13 Jahren wenige Tage dauernde psychotische Episode, mit 14 J. etwa 4 Monate anhaltende schwere Psychose, die unter Hinterlassung leichter Defektzeichen nach mehreren Exacerbationen schließlich abklang. In den folgenden 9 Jahren unsteter Lebenswandel. Nach der Heirat (1959) allmähliche Stabilisierung, bei der Nachuntersuchung (14 Jahre nach Kliniksentslassung) keine psychotischen Wesenszüge oder Verhaltensweisen erkennbar.

Beurteilung: allmähliche Ausheilung zur Vollremission.

Fall e) Kr.Nr. 1436/46; m.

Katamnestiche Frist: 18 Jahre

Familienanamnese: o.B.

Milieu: unauffällig

Konstitution: leptosom (gem. eigener Untersuchung)

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid: guter Schüler, fleißig, gutwillig

Beginn: 14;11 Jahre, plötzlich

Psychopathologisches Bild:

Mutismus, Nahrungsverweigerung, Angst, Mißtrauen, untätiges Herumsitzen.

1.Episode: Stupor, akustische und optische Halluzinationen, nach wenigen Tagen Abklingen der Symptome. Gab an, im Denken sei alles durcheinander gewesen. In der Folgezeit fleißig, zuverlässig, korrekt und freundlich.

2.Episode: Nach 6 Monaten bot Pat. substuporöses Bild, das nach wenigen ES vollständig abklang. Liquor: $\emptyset$, PEG $\emptyset$

Diagnose: Schizophrenie

Therapie: 15 ES

Nachuntersuchung (7.10.65):

Pat. machte reservierten, introvertierten Eindruck. Überlegte lange und sorgfältig, bevor er antwortete, wirkte in seinen Antworten äußerst gewissenhaft und glaubwürdig. Emotional erschien der ernste und wortkarge Pat. gut schwingungsfähig, zeigte Sinn für Humor. Auffallende nervöse Unruhe, innerlich leicht erregbar und reizbar. Berufsweg ohne Zwischenfall. Pat. ist verheiratet, 1 Tochter. Familie harmonisch, Wohnung geschmackvoll und gepflegt.

Epikrise:

Mit 14 Jahren im Abstand von wenigen Monaten 2 kurz dauernde psychotische Episoden, die jeweils ohne Hinterlassung von Defektzeichen wieder abklangen. 18jährige rezidivfreie Nachbeobachtungszeit, kein Persönlichkeitsdefekt.

4.4.1.3. Häufig rezidivierende akute psychotische Episoden mit Ausgang bislang in Heilung
Patienten: 3 wl., 1 ml.

Fall a) Kr.Nr. 128/56; wl.

Katamnestische Frist: 10 Jahre

Familienanamnese:

Großmutter mütterlicherseits in Wechseljahren gemütskrank.
Großvater väterlicherseits jähzornig.

Milieu: Mutter leicht neurotisch, Vater gutmütig, besorgt

Konstitution: Pyknikerin (gemäß eigener Untersuchung)

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid:

gute Schülerin, munter, lustig, froh, fast "jungenhaft", hat Freundinnen

Beginn: 12 Jahre, plötzlich

Psychopathologisches Bild:

3 Tage nach der Menarche Beziehungsideen, glaubte einen dicken Bauch zu haben und fragte dauernd, ob sie ein Kind bekomme. Be-
drückt, ängstlich, 4 Wochen lang stur dagesessen und gegrübelt,
aß wenig. Nach 1/4 Jahr Abklingen der Erscheinungen. 2 Jahre
später (1955, mit 14 Jahren) erneut Episode: viel geweint,
paranoide Wahnideen, Dauer 1/4 Jahr. März 1956 (15 Jahre) wie-
der auffällig: hypochondrische Ideen, formale Gedankenstörun-
gen, Derealisations- und Depersonalisationserlebnisse, sah sich
selbst mit dem Messer herumlaufen, hörte eine innere Stimme,
die mit ihr sprach, erklärte eines Tages, "ich bringe Euch um"
und "ich habe Angst, daß ich es tun müßte", es sei nicht das
ihr Wille, es sei eine "fremde Macht", "ich bin nicht mehr ich
selbst". Befürchtete, verrückt zu werden und drohte damit, sich
den Hals durchzuschneiden, wenn "diese Gedanken" nicht weggin-
gen. Handeln und Denken kamen ihr so "unwirklich" vor, Makro=
psien, Mikropsien. Berichtete während der Klinikbeobachtung
(23.4.56-3.8.56) von inneren Drangzuständen, "sie müsse etwas
zerreißen, in die Ecke werfen, schreien ..." Ihre Gedanken
seien so unwirklich, wie abgeschnitten, sie habe oft das Ge-
fühl, sie denke nicht selbst. Abends sehe sie so greuliche Ge-
stalten", ausgeprägte Depersonalisationserlebnisse, Fremdheits=
gefühle gegenüber dem eigenen Ich, affektlahm, antriebsarm,
bedrückt, ängstlich und negativistisch. Kein Kontakt, starkes
Grimassieren. Nach 25 ES und 13 Insulin-Comata in wesentlich
gebessertem Zustand entlassen. Pat. wirkte frei, aufgelockert,
noch etwas still und scheu, jedoch ausgeglichen.

Diagnose: Kindliche Schizophrenie

Therapie: 25 ES, 13 Insulin-Comata

Katamnese:

In der Folgezeit noch zeitweise Verstimmungen, allmähliche Besserung. Als Arbeiterin vom Chef geschätzt. Herbst 1957 erneut auffällig: Depressionen, Depersonalisationserlebnisse, Angst. Es folgten dann jeweils im Frühjahr 1958, Frühjahr 1959, Herbst 1959, Herbst 1960, Frühjahr 1962, Frühjahr 1963 und Herbst 1964 mehrere (3-4) Monate anhaltende akut-psychotische Episoden mit trotz höchster medikamentöser Dosen und Elektroschocks lange Zeit unbeeinflussbaren Angst- und Erregheitszuständen mit gefährlichen Aggressionen, Zerstörungsdrang und häufigen Selbstbeschädigungs- und Strangulationsversuchen. Pat. stand jedesmal unter dem Einfluß von optischen und akustischen Halluzinationen, von Wahnideen verschiedener Art, äußerte abnorme Körpersensationen. Derealisations- und Depersonalisations- und Bedrohtheitserlebnisse, neigte zu unsinnigen Handlungen, wusch ihr Haar in der Klosettschüssel, tauchte ihr Nachthemd eben da hinein und zog es dann an, schmierte sich, ihr Zimmer und ihr Bett mit Kot ein, sammelte Glasscherben von vorher zertrümmerten Fensterscheiben in ihr Bett, um sich damit Selbstbeschädigungen zuzufügen. Während dieser Episoden kontakt- und affektarm, sexuell stark enthemmt, unsauber, frech, patzig, faul. In den Zwischenzeiten jedoch freundlich, fleißig und zugänglich.

Nachuntersuchung: (Exploration des Vaters am 8.2. und der Pat. selbst am 29.3.66): Alter der Pat.: 25 J.

Die recht adipöse Pat. war gut kontaktfähig, auffallend warmer Blick, in dem die zylothyme Persönlichkeit durchschien. Affektiv ausreichend schwingungsfähig, jedoch im Verlauf des ganzen Gesprächs ein gleichbleibendes Lächeln, dem etwas läppisches anhaftete (Medikamentenwirkung?, bislang 3 x 100 mg Truxal, 3 x 40 mg Dominal, 3 x 15 Tropfen Haloperidol, seit wenigen Wochen nur noch 100 mg Truxal/die). Im Gespräch teilweise recht lebhaft. Kein Anhalt für formale oder inhaltliche Denkstörungen, psychotische Erlebnisse negiert. Fühlt sich wohl, lebt gern, hat viele Freundinnen. Ehe gut. Hängt besonders am Vater, zu dem ein besonderes Vertrauensverhältnis besteht, da er sich in Zeiten der Krankheit sehr um sie gesorgt habe. Sein Tod würde sie schwer treffen. Affektiv sei sie durch ihre Krankheit nicht kühler oder stumpfer geworden. Sie sei fähig zu Mitfreude und Mitleid. Antrieb nicht nachgelassen, sei durch ihre Korpulenz nicht mehr so schnell und gewandt wie früher. Kleiner Haushalt (seit einigen Jahren verheiratet) würde ihr nicht zuviel. Sie habe viel Freizeit, in der sie lese oder auch mal ins Kino gehe, möchte gern Kinder haben (ist schwanger). Der Vater schilderte die Pat. als gewissenhaft, sauber und hilfsbereit. Sie sei anhänglich, kinderlieb, schenke gern, habe Humor und könne sich freuen, jedoch sei sie wenig mitfühlend und empfindsam, eher "flach", wenn von traurigen Dingen gesprochen werde. Sie wende sich dann ungerührt ab, "ach, das habe ich doch alles schon gesehen, das kenne ich schon" und

meine damit im Krankenhaus Erlebtes. Sie höre nicht gern von traurigen Dingen sprechen, gehe ungern zur Kirche oder auf den Friedhof, sei vielmehr lebenslustig und "wolle ihre Jugend nachholen", wie sie sage. Auffallend sei, daß sie sich etwas schwer umstelle, wenn z.B. eine geplante Autofahrt umdisponiert würde, oder der Mann nicht, wie vorgesehen, nach Hause komme. Sie frage dann noch stundenlang nach dem Grund. Auch rege sie sich leicht auf, z.B. bei Besuch.

Epikrise:

Seit dem 12. Lebensjahr ist die prämorbid lebensfrohe und kontaktfreudige Patientin insgesamt 11 mal jeweils sehr schwer und mehrere Monate lang psychotisch erkrankt. Pat. war in diesen Zeiten stark wesensverändert und bot ein buntes psychopathologisches Bild. Pat. remittierte jedesmal völlig, bei der Nachuntersuchung (13 Jahre nach Ausbruch der Erkrankung) waren keine groben Charakterauffälligkeiten im Sinne einer postpsychotischen Persönlichkeitsabwandlung feststellbar.

Fall b) Kr.Nr. 176/53; wl.

Katamnestische Frist: 12 Jahre

Familienanamnese:

Bruder der Großmutter väterlicherseits: Suizid, Vater: jähzornig

Milieu:

Vater gefallen; Verhältnis zum Stiefvater schlecht, aber gut zur Mutter

Konstitution: leptosom-pyknisch (gem. eigener Feststellung)

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid:

gute Schülerin, zielstrebig, gewissenhaft, fröhlich, aber Einzelgängerin, kontaktschwach, sehr empfindsam, leicht beleidigt

Beginn: 13 Jahre, plötzlich, nach Mandeloperation

Psychopathologisches Bild:

Im Alter von 13-14 Jahren 3 mehrere Wochen dauernde, jeweils im Abstand von 4-5 Monaten auftretende akute psychotische Episoden mit wechselnd katatonen und stuporösen Zuständen, Wahnstimmung, Beziehungs-, Vergiftungs- und Verfolgungsideen, transistivistischen Depersonalisations- und Derealisationserlebnissen, Veränderungsgefühlen, optischen und akustischen Halluzinationen.

Diagnose: Schizophrenie

Therapie: ES-Behandlung, Megaphen

Katamnese:

Mit 17 Jahren erneute Episode. Glaubte, ein Kind zu bekommen, äußerte Beziehungs-, Bedeutungs- und hypochondrische Wahnideen. Abnorme Körpersensationen. Keine Halluzinationen. Im Frühjahr 1960 (mit 20 Jahren) rein depressive Phase, anschließend mehrwöchige maniforme Erregung, in den anschließenden Monaten reizbar, sexuell sehr triebhaft, schamlos. Wechselte häufig die Arbeitsstellen. Im Dezember 1960 stark maniert, gespannt, Angstzustände, Beziehungsideen, Wahnstimmung. Im Sommer 1962 erneute depressive Phase, seitdem nicht mehr erkrankt. Nimmt seit längerer Zeit keine Medikamente mehr.

Nachuntersuchung (9.11.65): Alter der Pat.: 25 J.

Patientin erzählte freimütig von ihren Erlebnissen, von denen sie sich jetzt völlig distanzierte und deren Krankheitscharakter sie einsah. Freundlich, lebhaft, wirkte warmherzig und lebensfroh. Jetzt noch zeitweise unruhig, reizbar, nervös. Regt sich überhaupt leicht auf, leidet an hypochondrischen Befürchtungen, errötet leicht, Hitzewallungen, wenn sie im Bus fährt. Fühlt sich noch häufig beobachtet, Stimmung schwanke leicht, empfindsam, leicht anrührbar, sensibel. Ansonsten Freude an Scherz und Spaß, hat Humor, ist gesellig (im Gegensatz zu früher) und tierlieb. Intelligenzprüfung ergab mangelnde Fähigkeit, Wesentliches zu erkennen und Wesensunterschiede zu sehen. Zusammenhänge oft nicht erkannt.

Epikrise:

Mit Suiziden und Psychopathen familiär belastet, prämorbid empfindsam und einzelgängerisch. Im Alter von 13-14 Jahren 3mal wegen paranoid-halluzinatorisch-katatone-stuporöser Episoden mit Depersonalisations- und Derealisationserlebnissen stationär behandelt und jedesmal voll remittiert entlassen. Mit 17 Jahren erneute Episode mit Wahnideen, abnormen Körpersensationen und hypochondrischen Befürchtungen, jedoch keine Halluzinationen. Mit 20 Jahren lang anhaltende depressiv-manische Phase, mit 22 Jahren depressive Phase. 12 Jahre nach Ausbruch der Erkrankung ergab die Nachuntersuchung lediglich leichte Wesensauffälligkeiten im Sinne einer geringgradigen "Senkung des allgemeinen seelischen Energieniveaus". Sehr gute Sozialremission.

Fall c) Kr.Nr. 79/57; ml.

Katamnestiche Frist: 9 JahreFamilienanamnese:

Mutter: Schizophrener Defekt, wiederholt in psychiatrischen Krankenhäusern. Großmutter mütterlicherseits in Anstalt verstorben, Schwester des Vaters Schizophrenie (in Anstalt). Vater minderbegabt.

Milieu: ärmlich, ungepflegtKonstitution: pyknisch-athletisch (gemäß eigener Untersuchung)

Eigenanamnese:

Mit 7 Jahren Neigung zu Grausamkeiten, quälte Tiere und kleine Kinder. Mit 12 Jahren in der Schule nicht versetzt.

Praemorbid: Einzelgänger

Beginn: 14 Jahre, plötzlich

Psychopathologisches Bild:

Mit 14 Jahren psychotisch: Gedankenaussetzen, Personenverkennungen, Denkzerfahrenheit, Mutismus, Negativismus, akustische Halluzinationen, kataton-stuporöse Zustände. Nach 12 ES und 20 Vollkomata gute Remission.

Diagnose: Schizophrenie

Therapie: 12 ES, 20 Insulinkomata, Psychopharmaka

Katamnese:

Nach Kliniksentlassung Bäckerlehre fortgesetzt. Einige Wochen nach der Entlassung frech, unsauber, faul, Herumstreunen, geschlechtliche Ausschreitungen; im Alter von 15 Jahren erneut psychotisch, Stimmen sagten ihm u.a. "Ich bin Jesaja. Bereite Dich darauf vor, daß Jesus 1963 wiederkommt" oder befahlen ihm, sich nachts auf die Treppe zu setzen. Mit 16 Jahren Suizidversuch, fühlte sich von Marsmenschen bedroht, wegen kataton-stuporöser Zustände in Anstalt (Megaphen-Therapie). 1 Jahr später (17 Jahre) erneut 2mal psychotisch. Nach der 2. und 4. Episode leichte Defektzeichen (affektive Flachheit, Antriebsarmut).

Nachuntersuchung (23.2.66): Alter: 23 J.

Außer einer auffallend starren Mimik, einer leisen, monotonen Stimme und der scheuen Zurückhaltung des Pat. keine Wesensauffälligkeiten, die auf Defekt schließen ließen, feststellbar. Pat. fleißig, hat anstrengende Tätigkeit als Brecher im Steinbruch, nebenbei in Landwirtschaft tätig, beliebt, wirkt reif und gemütsmäßig ausreichend schwingungsfähig.

Epikrise:

Trotz erheblicher familiärer Belastung mit schizophrenen Defektzuständen und Debilität und prämorbidem Charakterauffälligkeiten nach 5 schizophren-psychotischen Episoden im Alter von 14, 15, 16 und 17 Jahren bislang Vollremission.

Fall d) Kr.Nr. 1614/54; wl.

Katamnestische Frist: 11 Jahre

Familienanamnese:

Vater übertrieben gewissenhaft, drohte mehrmals mit Suizid, Anankast.

2 Brüder der Mutter: Suizid,

1 Schwester der Mutter (1 Jahr in Anstalt): Suizid

Milieu: geordnete Verhältnisse

Konstitution: leptosom (gem. eigener Feststellung)

Eigenanamnese: als Kind Jactatio capitis, nervös

Praemorbid:

sehr ehrgeizig und gewissenhaft, trotz mäßiger Begabung (IQ=96) gute Schülerin (Gymnasium), fleißig, gemütvoll, weich, sensibel, still, ernst, in sich gekehrt, anhänglich

Beginn: 12 Jahre, plötzlich

Psychopathologisches Bild:

Pat. erkrankte 6mal an psychotischen Episoden (zuletzt im Jahre 1963), die zum Teil sehr lange anhielten (die erste 1 Jahr) und jedesmal durch das Auftreten von Stereotypen, Angst- und Ver Stimmungszuständen mit Bedrohtheiterlebnissen, Depersonalisations- und Derealisationserlebnissen, Ich-Erlebnisstörungen, Beeinflussungs-, Beziehungs-, Vergiftungs- und Minderwertigkeitsideen, hypochondrisch unterbauten abnormen Kontrollzwängen, Selbstmordideen, gekennzeichnet waren. Ambivalenz, affektive Leere, Antriebsarmut, gekünstelt maniriertes Gebaren, katatone Erregungszustände, Abheilen jedesmal ohne Defekt.

Diagnose: Schizophrenie

Therapie: Elektro- und Insulinschockbehandlung, Psychopharmaka

Nachuntersuchung (13.1.66): Alter: 24 J.

Differenziert, gereift, gut kontaktfähig. Wegen ihrer psychotischen Erkrankungen wurde die 1962 geschlossene Ehe nach 2 Jahren wieder aufgehoben. Darunter leidet Pat. sehr, starker Heirats- und Kinderwunsch.

Empfindsam, weich, schwingungsfähig, nimmt auch in gesunden Zeiten das Leben schwer und neigt zu depressiven Verstimmungen und Selbstwertkrisen. Ihrem Beruf (Arzthelferin) widmet sie sich mit Sorgfalt und Fleiß, treibt nebenbei Sport und nimmt Klavierstunden.

Epikrise:

Rein phasisch verlaufende Psychose (bislang 6 teilweise bis zu einem Jahr lang anhaltende Episoden), die im Alter von 12 Jahren plötzlich begann; Häufung von Suizidfällen in der Aszendenz. 13 Jahre nach Ausbruch der Erkrankung keinerlei Zeichen eines Charakterdefekts.

4.4.1.4. Häufig rezidivierende akute psychotische Episoden mit Ausgang in Heilung und Ausbildung leichter Defektzeichen

Patienten: 4 wl., 4 ml.

Fall a) Kr.Nr. 1144/50; ml.

Katamnestiche Frist: 15 Jahre

Familienanamnese: o.B.

Milieu: alte Bauernfamilie. Eltern machen beide gutmütigen Eindruck

Konstitution: pyknisch (gem. eigener Untersuchung)

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid: sehr guter Schüler, gut kontaktfähig, anhänglich

Beginn: 14;5 Jahre, plötzlich

Psychopathologisches Bild:

Prodrome Schlaflosigkeit, Unruhe, Reizbarkeit. Innerhalb weniger Tage Zunahme der psychomotorischen Unruhe, Stuporzustände, Wahnstimmung mit Angst und Bedrohtheitscharakter, paranoide Wahnideen, Selbstbeschuldigungstendenzen ("was ich habe, das ist Sittlichkeitsverbrechen"), optische und akustische Halluzinationen, Denkzerfahrenheit, Makropsien, Gedankengang seltsam bizarr verstiegen und unlogisch. Bisweilen Desorientiertheit. Meinte, es sei das Jahr 1904 und sein Vater sei 1909 geboren. Nach dem Monat befragt, antwortete er "ich rechne das Jahr 1 durch 365 durch 1000 = 0,365 : 1000 = 0. Dann kriege ich den Monat raus, den wir haben."

Diagnose: paranoide Schizophrenie mit Halluzinationen

Therapie: ES und Insulinkomata

Katamnese:

Nach Entlassung 3 Jahre Berufsschule, gleichzeitig Tätigkeit in Landwirtschaft und Baugewerbe. Kurz vor Ausbruch der 2. Erkrankung (mit 18 Jahren, nach Halsentzündung) Berufsschulabschluß als bester Schüler. Im Alter von 19 (nach einem Schlag aufs Auge), 20 und 21 Jahren erneut psychotisch (jeweils mehrere Monate lang) mit im Vordergrund stehenden kataton-stuporösen Zuständen, dranghafter Unruhe, Neigung zu Gewalttätigkeit, Autismus, Verwahrlosung. Stand unter Einfluß imperativer akustischer Halluzinationen.

Nachuntersuchung (9.9.65): Alter: 29 J.

Nach dem letzten Rezidiv im Herbst 1957 alle paar Wochen Zeiten vermehrter Unruhe, von Jahr zu Jahr an Dauer und Intensität

abnehmend. Seit 2 Jahren gutes Befinden, keine Unruhezustände mehr. Seit 1 1/2 Jahren als Glasschleifer beschäftigt (Präzisionsarbeit), macht ihm Spaß. Vorausgegangene Beschäftigungen in einem landwirtschaftlichen Betrieb und bei einer Baufirma sind ihm zuviel geworden, weshalb er die leichtere Arbeit annahm.

Früher leicht erregbar, reizbar und scheu gewesen - ging wochenlang nicht außer Haus - jetzt gesellig (Stammtisch, Freunde), beliebt. Jedoch zu keinem Menschen besonders inniges und herzliches Verhältnis. Mitleid kenne er im Gegensatz zu früher nicht "ach ne, nimmer", aber: "ich bin ein guter Onkel". Im Antrieb nicht nachgelassen, schilderte sich als bedächtig, überlegt handelnd, nicht wankelmütig, nicht leicht beeinflussbar. Selbstvertrauen gut; "weder eine Frohnatur noch eine Trauerweide", keine Zukunftspläne. Emotionale Ansprechbarkeit erschien gering, Pat. wirkte farblos, lau, gutmütig, aber ohne wesentlichen Tiefgang. Intelligenzprüfung o.B.

Epikrise:

Insgesamt 5 psychotische Episoden, die jedesmal mehrmonatige stationäre Behandlung notwendig machten (zuletzt 1957). Dazwischen wochenlang andauernde Drang- und Unruhezustände mit Kontaktstörungen, die an Intensität und Dauer immer mehr nachgelassen haben. Seit 2 Jahren besteht eine sehr gute Sozialremission mit leichten Veränderungen auf dem Gebiete des Affekts und der Leistungsfähigkeit. Pat. nimmt seit Jahren keine Medikamente mehr.

Fall b) Kr.Nr. 808/49; wl.

Katamnestiche Frist: 16 Jahre

Familienanamnese: o.B.

Milieu: bescheidene Beamtenfamilie

Konstitution: Pyknikerin (gem. eigener Untersuchung)

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid: überempfindlich, grüblerisch, aber auch fröhlich, feinführend

Beginn: 13;0 Jahre, plötzlich

Psychopathologisches Bild:

1945 mit 13 und 14 Jahren alle 7 Wochen Episoden mit optischen Halluzinationen, Beziehungsideen, Angstzuständen, glaubte verrückt zu werden, äußerte, "ich muß bereit sein für die Ewigkeit", schloß sich ein.

Nach 2 Jahren (1947) Verschlimmerung, akustische Halluzinationen, die ihr Befehle erteilten. Weniger feinführend, sexuell enthemmt, schrie plötzlich "wie eine Irre" "es brennt, es brennt, das Feuer, das Feuer". Nach dieser Episode Kliniksbehandlung

notwendig, leichte Defektzeichen. Mit 15 Jahren (1948) erneuter Erregungszustand ("ich habe mich aufgeregt, daß der Engel wieder singen würde, der Engel vom Himmel, durch den erkannt wird, wenn ein Mord passiert."). Denkverworrenheit, Neologismen ("Erhaltungsunannehmlichkeit", "Ernstlichkeit", "Apothetigkeit"), paranoide Ideen, Gedankenabreißen, Gedankenjagen, Depersonalisationserlebnisse, optische und akustische Halluzinationen. 1 Jahr später (1949; 16 Jahre) erneute Episode (3. Klinikaufnahme).

Diagnose: Hebephrenie

Therapie: ES und Insulinkomata, Psychopharmaka

Katamnese:

Es folgten 1951 (5 Wochen), 1955 (8 Wochen), 1958 (11 Wochen), 1959 (7 Wochen), 1965 (8 Wochen) psychotische Episoden mit Erregungszuständen, Affekt- und Antriebsstörungen, Denkzerfahrenheit, Wahnstimmung, Wahnideen, Selbstmordabsichten, die jedes Mal stationäre psychiatrische Behandlung notwendig machten und mittels Psychopharmaka wieder völlig remittierten. 1965 nach der letzten Episode erschien die Pat. "affektiv nicht reduziert, ist eher gemütvoll, sie hat Kontakt und normalen Anteil. Kein schizophrener Persönlichkeitsdefekt" (Akte Psychiatrisches Landeskrankenhaus Herborn).

Nachuntersuchung (7.10.65): Alter: 33 J.

Diese ergab jedoch Hinweise für deutliche, allerdings leichte Defektzeichen. Die in ihrer Grundstimmung heitere, freundliche Pat. wirkte affektiv ohne Wärme, sehr oberflächlich, ihre Freundlichkeit nicht ansteckend. Im Kontaktverhalten distanzlos. Sich selbst und ihren Fähigkeiten gegenüber völlig kritiklos. Redete fast ununterbrochen, dabei äußerst sprunghaft, ständig das Thema wechselnd, von einem gerade geäußerten Gedanken abgleitend, unfähig, bei der Sache zu bleiben (sprach von ihrer Krankheit, erzählte dann plötzlich von irgendeinem Nachbarklatsch, fragte, ob Untersucher Stationsarzt werden wolle, ob in Marburg noch geschockt würde und stellte dann fest, wie gut, daß sie nicht in der Ostzone sei, dort wäre sie die halbe Zeit krank). Von ihrer Krankheit und den dadurch bedingten Entlobungen (2mal längere Zeit verlobt gewesen) berichtete sie ohne spürbare innere Berührtheit, ohne Mimik und Stimme zu modulieren. Der Mangel an emotionaler Tiefe und ihre kindhaft anmutende Unbekümmertheit zeigten sich deutlich in den Antworten auf die Frage nach der Definition des Begriffes "Gerechtigkeit" und nach ihren Zukunftsplänen. Gerechtigkeit sei, "wenn ich krank werd', daß das jeder kriegt, warum soll ich allein was haben". Ihre Zukunftspläne sind "alles schön in Ordnung machen, Bungalow bauen, nie wieder krank werden, das große Los ziehen, das wäre mein Zukunftsplan und heiraten". Stimmungslage nicht ausgeglichen. Neigung zu depressiver Stimmung. Leicht reizbar, innerlich erregt und unruhig, regt sich leicht auf. Berufs- und Arbeitsfähigkeit schwankend, zieht sich zeitweise von den Mitmenschen zurück, geht dann nicht außer Haus und braucht viel Ruhe. Hilft im Haushalt bei einfachen Arbeiten. Ist weder in der

Lage, einfache Unterschiedsfragen zu beantworten, noch einfache Begriffe zu definieren, noch geläufige Sprichwörter zu erklären oder einfache Sinnzusammenhänge (Bilderdeuten, kurze Fabeln) zu erkennen und Sinnwidrigkeiten zu durchschauen. Einige Beispiele: 1. Treppe - Leiter: "Was soll ich da sagen, kann auch nicht sagen, weiß ich nicht, gar keiner, bei der Treppe fällt man leicht runter." 2. Fluß - Teich: nicht beantwortet. Fluß - Kanal: "Der Fluß fließt und" Sinnwidrigkeiten nicht erkannt.

Epikrise:

Von Beginn des 13. Lebensjahres ab bis kurze Zeit vor der Nachuntersuchung der Patientin (20 Jahre nach Ausbruch der Erkrankung) immer wieder akut psychotisch mit bunter schizophrener Symptomatik erkrankt, wobei im 1. und 2. Jahr der Erkrankung deren Kurzphasigkeit auffallend ist (im Abstand von 7 Wochen 1 bis 2 Wochen lang). Danach werden die freien Intervalle größer (zunächst 1, dann 2, schließlich 4 Jahre symptomfrei). Die Nachuntersuchung der jetzt 33jährigen Pat. ergab leichte, aber deutliche Defektzeichen, die früher sehr empfindsame und feinfühlig Pat. ist jetzt emotional flach, kindhaft-unbekümmert, kritik- und distanzlos.

Fall c) Kr.Nr. 649/47; wl.

Katamnestiche Frist: 6 Jahre

Familienanamnese: o.B.

Milieu: unbekannt

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid:

sehr gute Schülerin, sehr fleißig, äußerst sauber, Einzelgängerin, grübelt viel, wies von Kindheit an Zärtlichkeiten der Eltern zurück.

Psychopathologisches Bild:

Pat. weinte viel ("ich bin schlecht"), hatte Angst (z.B. "in die Wildnis geschickt zu werden"); Personenverkennungen, Grübelzwang, sinnloses Fortlaufen, sexuelle Enthemmung. Während Kliniksbeobachtung (24.7.47 - 1.10.47) akustische und optische Halluzinationen, Denkzerfahrenheit, Verfolgungsideen und Vergiftungsideen, Mutismus, Negativismus, kataton-stuporöse Zustände. Gut remittiert entlassen.

Diagnose: 1.Schub einer Schizophrenie

Therapie: 20 ES

Katamnese:

1949 (mit 15 Jahren) 2.Episode mit Denkzerfahrenheit, Halluzinationen, Wahnideen und Stuporzuständen (wiederum 2 Monate an-

haltend). 1951 nach Liebesenttäuschung erneut psychotisch. Dauer 10 Monate: Kataton-stuporöse Zustände mit Zerstörungsdrang, Gewalttätigkeiten, Mutismus, Nahrungsverweigerung; Halluzinationen, formale und inhaltliche Denkstörungen. Manieriertes Verhalten mit sinnlosen Handlungen (wollte Blumen essen, schmierte mit Kot, zog sich auf der Straße aus) in schnellem Wechsel mit gleichgültiger, wie "abwesend" erscheinender Haltung. Pat. äußerte wiederholt Selbstmordabsichten. Nach ausgiebiger Elektroschock- und Insulinschocktherapie mit fraglichen leichten Defektzeichen (Ratlosigkeit bei neuen Aufgaben, Grübelneigung) entlassen. Pat. zeigte jedoch Initiative, Willen, war aufgeschlossen, kontaktfähig und krankheits-einsichtig.

1 Jahr später (1953) wurde Pat. unbekleidet und in verkrampfter Stellung tot in ihrem Zimmer von den Angehörigen aufgefunden, die sie kurz zuvor noch gesehen hatten. 1 Woche vor dem Tod der Pat. ein Erregungszustand.

Epikrise:

Die prämorbid auffällige Pat. erkrankte bis zu ihrem Tod insgesamt 3mal im Abstand von jeweils 2 Jahren (1. und 2. Episode je 2 Monate Dauer, 3. Episode 10 Monate Dauer). Obwohl die Todesursache nicht geklärt werden konnte, scheint ein Suizid im psychotischen Rezidiv wahrscheinlich (bereits früher Selbstmordabsichten!)

Fall d) Kr.Nr. 681/54; wl.

Katamnestiche Frist: 12 Jahre

Familienanamnese:

Schwester der Pat. 1954 in Nervenklinik Marburg (Diagnose: schleichend verlaufende, leichte Prozeßpsychose). 1959 erneute Klinikaufnahme (Diagnose: endogener Ver Stimmungszustand), Vater wiederholt Depressionen, 2 Schwestern des Vaters psychotisch mit Suizidversuchen. Eine davon vorübergehend in Heilanstalt, danach antriebsverarmt.

Milieu: geordnete Verhältnisse

Konstitution: athletisch-leptosom (gem. eigener Feststellung)

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid: gute Schülerin, weich, gutmütig, sehr gut kontaktfähig

Beginn: 14 Jahre, plötzlich

Psychopathologisches Bild:

1953/54 mehrere (bis 10) Monate andauernde Episoden mit Angst, hypochondrischen Ideen, Beeinflussungs-, Beziehungs- und Vergiftungsideen. Coenästhetischen, optischen und imperativen akustischen Halluzinationen.

Diagnose: Schizophrenie

Therapie: Elektroschocktherapie

Katamnese:

1956 und 1959 nur wenige Tage dauernde hypochondrische ängstliche Verstimmungszustände. 1960 2mal in klinischer Behandlung, jeweils 4 bzw. 8 Wochen, wegen hochgradig hypochondrischer Erregungszustände mit stark quälenden coenästhetischen Halluzinationen ("Eiter im Unterbauch", "Blutung im Kopf", "Verhärtung im Bauch"). Jedesmal defektfreie Abheilung.

Nachuntersuchung (5.1.66): Alter: 27 J.

Im Frühjahr und Frühsommer Angst und hypochondrische Verstimmungszustände mit Todesangst, Herzbeschwerden ("Blinddarm sei vereitert", "die Glieder seien abgestorben"). Auch jetzt müsse sie immer noch denken, daß der Blinddarm entzündet sei, daß er platzen könne und der Bauch dann voller Eiter sei). Diese Gedanken "gehen und gehen oft nicht aus dem Kopf heraus". Wenn sie die Augen geschlossen habe, rücke "alles so in die Ferne". Es komme ihr vor, daß sie morgens beim Aufwachen schon mal so einen Schlag verspüre in ihrem Kopf, "ganz eigenartig, ganz fremdartig". Sie könne das gar nicht beschreiben, "als wenn etwas zerplatze". Faßte bei dieser Schilderung mit beiden gespreizten Händen an den Kopf und schaute den Untersucher mit ratlos besorgtem Blick an. Beziehungsideen oder optische und akustische Halluzinationen negiert. Kontakt schnell und leicht herstellbar. Lebhaftes Gestik, auffallend starre und ausdruckslose Mimik, wenig modulationsfähige, monotone Stimme. Affektiv genügend schwingungsfähig. Keinerlei Hinweise für Willens- und Antriebsstörungen. Jedoch leicht explosibel, leicht aufgeregt. Stimmung schwankend. Überempfindlich gegen alles Laute und Grelle (Krach, Farben). Gemütsmäßig schilderte sie sich als warmherzig und mitleidend, schwernehmend, affektiv anrührbar und ängstlich. Pat. ist auskunftsbereit, wirkt offen, nicht mißtrauisch. Ist seit 3 Jahren verheiratet, keine Kinder (Mann steril). Arbeitet als Verkäuferin.

Epikrise:

Coenästhetischer Verlaufstyp einer kindlichen Schizophrenie (Beginn im 14. Lebensjahr) mit Ausgang in sehr gute Sozialre-mission.

Fall e) Kr.Nr. 696/53; wl.

Katamnestiche Frist: 13 Jahre

Familienanamnese: o.B.

Milieu: einfach

Konstitution: Pyknikerin (gem. eigener Feststellung)

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid: gute Schülerin, Freundinnen, verträglich, ruhig

Beginn: 13;6 Jahre, plötzlich

Psychopathologisches Bild:

1952 3-4 Tage andauernder depressiver Verstimmungszustand mit Suizidideen und Antriebsarmut. 1953 nach Tonsillitis 5 Monate anhaltende akute psychotische Episode mit paranoiden Wahnideen, Selbstbeschuldigungstendenzen und akustischen Halluzinationen.

Diagnose: Schizophrenie

Therapie: Elektro- und Insulinschocks

Katamnese:

Es folgten rein depressive Phasen (einmal nach Nasenscheide= wandoperation) 1955: 2 Monate Dauer; 1961/62: 2 Monate Dauer; Herbst 1961: 6 Wochen Dauer; 1962 mit Wahnideen: 2 Monate Dauer. Seitdem etwa alle 10-12 Wochen verstimmt mit Suizidideen, Angst, Körpermisempfindungen.

Nachuntersuchung (20.2.66): (Alter: 27 Jahre)

Deutliche Defektzeichen auf dem Gebiet des Antriebs, des Gemüts und des Denkens. Seit Frühjahr 1965 keine Lust mehr zu arbeiten, interesseloser und freudloser geworden. Früher gehegte Lieblingsbeschäftigungen gänzlich aufgegeben. Kann sich nicht mehr freuen oder Mitfreude empfinden. Zu keinem Menschen persönliche Beziehungen. Affektiv flach, ohne schwingende Tiefe. Lachen, teilweise läppisch und inadäquat. Mimik starr und unbeweglich. Haltung steif und ungelentk. Stimmung wechselnd zwischen gleichgültig, kühl, reizbar, launenhaft, schimpft leicht auch mit der Mutter, der sie nicht im Haushalt hilft. Zukunftspläne: keine. In der Freizeit (in gesunden Zeiten ist sie als Hausangestellte tätig) spielt sie Rommé oder geht in die Wirtschaft (Zuschauen beim Tanz).

Epikrise:

Pat. erkrankte erstmalig im Alter von 13 Jahren mit einem kurz= dauernden Verstimmungszustand. Mit 14 Jahren depressiv-paranoid= halluzinatorische Psychose, die danach auftretenden psychotischen Zustände sind rein depressiver Natur. Bei der Nachuntersuchung (14 Jahre nach der ersten Episode) waren deutliche Defektzeichen vorhanden, jedoch befriedigende Sozialremission.

Fall f) Kr.Nr. 793/49; ml.

Katamnestische Frist: 17 Jahre

Familienanamnese:

Mutter wiederholt in stationärer Behandlung wegen Schizophrenie. Bruder der Mutter geisteskrank (Wahnideen). Bruder des Vaters geisteskrank.

Milieu: Arbeiterfamilie

Konstitution: athletisch-pyknisch (gem. eigener Untersuchung)

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid: guter Schüler, kontaktfähig

Beginn: 13 Jahre, plötzlich

Psychopathologisches Bild:

jeweils im Abstand von 7 Jahren (1949, 1956, 1963) akut psychotisch. Optische coenaesthetische und wahrscheinlich akustische Halluzinationen. Depersonalisations- und Derealisations- und Déjà-vu-Erlebnisse mit Entfremdungs- und Veränderungsgefühlen und Aufhebung des "Daseins- und Zeitgefühls". Hypochondrische Wahnideen, Suizidideen. Fürchtete, sterben zu müssen. Psychisch völlig ratlos, schwunglos, interesselos, lag meist zu Bett.

Diagnose: Schizophrenie

Therapie: ES, Insulin

Nachuntersuchung (21.1.66): (Alter: 30 Jahre)

Keine groben Defektzeichen erkennbar. Ausgesprochene Überempfindlichkeit gegenüber krankheitsberührenden Themen. Keine vollständige Krankheitseinsicht. Pat. wirkte etwas asportan. Affektive Modulationsfähigkeit eingeschränkt. Häufiges, völlig unangepasstes läppisches Lachen. Bei Witterungswechsel vor allem im Sommer, vom Pat. schwer beschreibbare leibhypochondrische Beschwerden mit Grübelzwang (steigere sich zuweilen so hinein, daß es zum "Überschnappen" komme). Mehr war nicht über krankhafte Erlebnisse zu erfahren, die jedoch nicht so schlimm sind, daß Pat. seiner Arbeit fernbleiben muß (Rohrnetzwart beim Wasserversorgungswerk). Pat. ist verheiratet (2 Kinder), ordentliche Verhältnisse.

Epikrise:

Jeweils im Abstand von 7 Jahren (mit 13, 20 und 27 Jahren) psychotisch. Bislange Ausgang in gute Sozialremission.

Fall g) Kr.Nr. 1220/51; ml.

Katamnestische Frist: 14 Jahre

Familienanamnese:

Mutter fraglicher Defekt, Versündigungsideen. Großmutter mütterlicherseits in Anstalt verstorben.

Milieu: einfache Verhältnisse

Konstitution: pyknisch (gem. eigener Untersuchung)

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid: unauffällig

Beginn: 13 Jahre, plötzlich

Psychopathologisches Bild:

Phasenhafte Verstimmungen (gedrückte Stimmung, Rededrang, Denkverlangsamung, Konzentrationsunfähigkeit, schlechter Schlaf) mit optischen Halluzinationen (Teufel, in der Ecke nachts etwas Glühendes). Nach einigen Wochen Verschwinden der Symptome. Mit 16 Jahren Verfolgungs-, Vergiftungs- und Beziehungsideen, Bedeutungserlebnisse, kataton-stuporöse Zustände mit Angst, Mißtrauen, trauriger Verstimmung.

Diagnose: Schizophrenie

Therapie: ES, Insulin

Nachuntersuchung (29.8.65): Alter d.Pat.: 30 J.

Bis zum Jahre 1962 unauffällig. Gesellenprüfung im Jahre 1952 mit Note "gut" bestanden. 1957 Heirat, 3 gesunde Kinder. Seitdem häufiger Stellenwechsel, viel Streit mit seiner Frau. Im Verhalten immer jähzorniger, leicht erregbar, kaufte unsinnige Dinge. Häufig Verstimmungszustände mit Schlaflosigkeit und Angstgefühlen. Menschenscheu, mißtrauisch und verzweifelt. Gefühl, "daß alles irgendwie stille stehe", glaubte, daß andere über ihn redeten. Herbst 1964 oft herumgestanden, wußte nicht, was er tun sollte, erheblich vergeßlich geworden. Nicht mehr so gewissenhaft wie früher. Wegen zunehmender Schlaflosigkeit mit Angst- und Beklemmungsgefühlen, Schwindel, Kopfschmerzen und abnormen Körpersensationen in klinische Behandlung begeben (3 Wochen). Wenige Wochen nach Entlassung Rezidiv mit Erregheitszuständen und tätlichen Aggressionen gegen andere, Bedrohtheitsgefühle, zielloses Herumlaufen, Rededrang, sprunghafter Gedankengang. Seit Dezember 1964 anhaltend gutes Befinden. Nachuntersuchung ergab leichte Defektzeichen im Sinne einer gewissen affektiven Nivellierung und einer leichten Antriebsminderung. Auffallende Kritiklosigkeit sich selbst und den Lebensproblemen gegenüber. Umständlich, faselig im Denken, mit floskelhaften Allgemeinplätzen. Pat. berichtete von seiner Erkrankung und der Scheidung von seiner Frau ohne tiefere emotionale Anteilnahme mit gleichbleibend ausdrucksloser Stimme und gleichgültiger Miene. Verhältnis zu Mitmenschen völlig indifferent, ist stolz auf seine eingebilddete Menschenkenntnis: "ich weiß jeden Menschen zurechtzustellen". Einfache Arbeit (überwacht eine Zerteilmaschine in einer Papierfabrik). Seine Arbeit befriedigt ihn, jedoch hat er Lust, Lastwagen zu fahren. Fragte Untersucher, ob er das wohl könne. Freizeitbeschäftigungen: Lesen von Karl-May-Büchern, Motorradfahren, Kaninchenzucht.

Epikrise:

Mit 13 und 16 Jahren jeweils mehrere Wochen anhaltende paranoid-halluzinatorische Psychosen mit kataton-stuporösen Zuständen. Bis zum Alter von 27 Jahren unauffällig. Danach Verhaltensauffälligkeiten, die sich steigerten, so daß mit 29 Jahren zweimalige jeweils kurzdauernde klinische Behandlungen notwendig wurden.

(Psychopharmaca-Therapie). Bei der Nachuntersuchung leichte Defektzeichen (gute bis befriedigende Sozialremission).

Fall h) Kr.Nr. 1135/51; ml.

Katamnestiche Frist: 14 Jahre

Familienanamnese: o.B.

Milieu: Dorfgastwirtschaft

Konstitution: athleto-pyknisch (gem. eigener Untersuchung)

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid:

sehr guter Schüler (Realgymnasium), ruhig, gehorsam, akkurat, kontaktfähig

Beginn: 13;6 Jahre, plötzlich

Psychopathologisches Bild:

Schulschwierigkeiten, Appetitlosigkeit, Schmerzen im ganzen Körper. Danach alle 5-6 Wochen etwa 8-10 Tage anhaltende Stupor-zustände mit Mutismus, Nahrungsverweigerung, kataleptischen Haltungen, traurig-ängstlicher Verstimmung. Dauer dieser Episoden 3/4 Jahr. Nach fast 1jährigem erscheinungsfreien Intervall erneut in 5-6wöchigem Abstand Verhaltensstörungen leichterer Art, deshalb stationäre Aufnahme. Pat. mußte in Volksschule rückversetzt werden. Wirkte teils affektiv lahm, schwunglos, desinteressiert, war andererseits unleidlich, aber auch streitsüchtig und aggressiv, kontaktarm. Nach 8 ES und 21 Comata ohne Besserung entlassen.

Diagnose: Schizophrenie

Therapie: ES, Insulin

Nachuntersuchung (30.9.65): (Alter: 29 J.)

Kontakt lose, bricht nach jeder Antwort wieder ab. Kaum Blickkontakt. Pat. wortkarg, gibt nur brummige Antworten von Ja-Nein-Charakter oder Achselzucken als Reaktion. Besonders ablehnend, wenn das Gespräch die Krankheit oder die eigene Person berührt. ("hm, sicher, es geht"). Stimmung mürrisch, fast unwirsch. Erscheint wenig modulationsfähig. Stimme leise, monoton. Affektiv flach, im Antrieb reduziert. Kümmerte sich nicht um seine Kinder, die im Zimmer umherliefen. Zu keinem Menschen besonders enges Verhältnis, weder zu seinen Eltern, bei denen er gegenwärtig zu Besuch war, noch zu seiner Frau. Arbeitsstellen häufig gewechselt, zuletzt wegen Führerscheinentzugs (1963) wegen Trunksucht, wie Pat. angab; dagegen Vater: weil "die Nerven durchgegangen seien". Der Vater berichtete, daß Pat. deshalb eine 14tägige Gefängnisstrafe erhielt. Intelligenz gut - durchschnittlich. Vater schilderte Pat. als wortkarg,

scheu, schüchtern. Nach Kliniksentlassung öfters Stuporzustände (bis 1 Woche Dauer), immer seltener geworden. Immer wieder zeigte Pat. merkwürdiges Verhalten (1963: 8-14 Tage zu Bett gelegen, an die Decke gestiert, Nahrung verweigert, wollte niemanden sehen; 1964: einmal plötzlich in den Wald gelaufen, nicht wiedergekommen, von der Polizei gesucht. Danach nur geäußert, er habe "Schluß machen wollen", es habe aber nicht geklappt); 1960: Heirat einer Frau mit unehelichem Kind. 1. Kind aus dieser Verbindung unehelich geboren. Vater berichtete weiter, daß Pat. streitsüchtig, sehr leicht erregt und oftmals brutal. Ehe deshalb schlecht. Im übrigen sei ihm alles gleichgültig, er mache sich nicht viel Gedanken um seine Familie, sei faul und müsse dauernd angespornt werden. Außerordentlich phlegmatisch und unlustig. Nicht warmherzig. Langweile sich viel, frage oft, was er tun solle und könne sich schlecht beschäftigen.

Epikrise:

Im Alter von 13 Jahren alle 5-6 Wochen etwa 8-10 Tage dauernde Stuporzustände; insgesamt $\frac{3}{4}$ Jahr. Danach immer stärker in Erscheinung tretende Verhaltensauffälligkeiten des praemorbid zielstrebigen, ruhigen und gehorsamen Jungen (Knick in der Entwicklungslinie). Im weiteren Verlauf immer wieder, jedoch seltener werdend, Stuporzustände, zuletzt 1963. Bei der Nachuntersuchung deutliche Persönlichkeitsveränderung (insgesamt befriedigende Sozialremission).

4.4.1.5. Ein akuter Schub mit Ausgang in anschließenden schweren Defekt (Patienten: 3 wl.)

Fall a) Kr.Nr. 1753/53; wl.

Katamnestiche Frist: 11 Jahre

Familienanamnese:

Bruder mit 19 Jahren Hebephrenie, Schwester des Vaters Pfropf-Schizophrenie.

Bruder des Vaters progressive Paralyse.

Vater arbeitsscheuer Sonderling. Großvater väterlicherseits auffällig.

2 Urgroßmütter in Anstalt verstorben (Diagnose unbekannt).

Familie der Mutter unauffällig.

Milieu: zerrüttete Familienverhältnisse

Konstitution: unbekannt

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid:

mäßig intelligent, einmal in der Schule nicht versetzt, zänkisch, etwas wild

Beginn: 7;11 Jahre, plötzlich

Psychopathologisches Bild:

Ohne äußeren Anlaß Wesensänderung mit akuten Verhaltensauffälligkeiten: lachte, schrie völlig situationsinadäquat, redete verworren ("richtiges Chinesisch"), identifizierte sich, stundenlang in den Spiegel schauend, mit ihrer Spielkameradin, sagte beim Anblick eines Zuges, "der niest und hustet ja", zunehmend ängstlich, scheu, abwehrend. Blick verstört. Verkroch sich vor den Menschen, reagierte auf Fragen der Familienangehörigen mit abwehrenden Handbewegungen, hatte Angst vor dem WC (da hocke einer drauf), kotete ins Zimmer. Früher recht tierlieb, fing an, die Hauskatze zu quälen. Gegen Vorhaltungen und Strafen unempfindlich, keinerlei Gefühlsregungen mehr. Neigte dazu, unsinnige Dinge zu tun, zerstörte, was ihr in die Hände fiel, fing an, unmäßig zu essen, kaute Zigarettenkippen, schimpfte viel (z.B. "halte dreckige Sau, ich bring Dich um, ich erwürg Dich, wart nur ..."), äußerte mehrmals "ich leg mich vor den Zug", woran sie einmal nur mit Mühe gehindert werden konnte.

Während eines auswärtigen Klinikaufenthaltes fiel das Kind durch instabile Affektlage auf. Ängstlichkeit wechselte mit distanzlos-läppischem Verhalten. Jegliche Berührung mit anderen ängstlich vermieden durch Treten, Stoßen, Kneifen. Akustische, coenästhetische Halluzinationen ("ja die Menschen in meinem Kopf, die reden immer etwas", "du Krabbe, du Drecksau, lauter häßliche Worte sagen sie mir" und "ich hab so Bauchweh, ganz schrecklich ist das, da ist eine Schlange drin, ich bin

vergiftet ..."), paranoide Wahnideen. Grimassierte heftig, weiterhin transitivityistische Depersonalisationserlebnisse, identifizierte sich mit Personen der Umgebung. Kotete ins Zimmer, häufige katatonische Erregungszustände, Nahrungsverweigerung (Essen sei vergiftet). Während der Klinikbeobachtung in Marburg (12. 2.54-16.8.54) bot Pat. das gleiche Bild, Halluzinationen ("Stimmen im Kopf"), Personenverkennungen, kataton-stuporöse Zustände, sexuelle Enthemmung, sinnlose Impulshandlungen, Autismus. Nach intensiver Behandlung mit 25 ES und Megaphen unter Ausbildung eines schizophrenen Defekts (autistisch, distanzlos-enthemmt, triebhaft, aggressiv, ängstlich) entlassen.

Diagnose: Kindliche Schizophrenie

Therapie: 25 ES, Megaphen

Katamnese:

Seit der Entlassung dauernd in stationär-psychiatrischer Betreuung. Dort gelegentlich Halluzinieren, bald jedoch erstaunliche Besserung: wurde ruhiger, ausgeglichener, ordnete sich gut ein. Teilnahme an gemeinsamen Spielen und Basteln, sauber, nicht mehr triebhaft enthemmt, "nicht wiederzuerkennen", jedoch noch stark kontaktgestört, leicht reiz- und erregbar. Anhalten des guten Zustandes für 2 1/2 Jahre, lediglich unterbrochen von kurzen Phasen, in denen Pat. stärker psychotisch wirkte. Dann allmähliche Verschlechterung mit zunehmender Unruhe, unbeherrscht, trotzig, negativistischem und albern-läppischem Verhalten, Antriebsarm, Herumsitzen, sexuelle Schamlosigkeit, Erregungszustände. 1963 stärkere psychotische Aktivierung, läppisch, zerfahren, unruhig, imperative Halluzinationen, die sie immer wieder zum sinnlosen Zerreißen von Kleidung und Wäsche trieben. Jetziger Zustand: hochgradiger Autismus, läppisch-albernes, distanzloses Verhalten, Fehlen jeglicher affektiver Gemütsäußerungen, völlige Antriebslosigkeit (Arbeitstherapie nicht möglich). Auftreten von Unruhe- und Erregungszuständen.

Epikrise:

Pat., einer stark belasteten Familie entstammend, erkrankte nach unauffälliger Kindheitsentwicklung akut mit 7 Jahren. Prozeß kam erst nach etwa 1 1/2-jähriger klinisch-stationärer Behandlung unter Ausbildung eines erheblichen Defekts, der dauernde Anstaltsunterbringung notwendig machte, zum Stillstand. Schließlich etwa 2 1/2 Jahre lang anhaltende erstaunlich starke Besserung. Seit 8 Jahren wieder Verschlechterung mit zeitweise akut psychotischen Zuständen; schwerster Defektzustand.

Fall b) Kr.Nr. 6263/29; wl.

Katamnestiche Frist: 37 Jahre

Familienanamnese: o.B.

Milieu: kinderreiche polnische Familie

Konstitution: athletisch (gem. eigener Untersuchung)

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid:

scheu, leicht aufgeregt, immer schlechte Schülerin gewesen, von anderen Kindern beiseite geschoben.

Beginn: 14 Jahre, plötzlich

Psychopathologisches Bild:

Nach einem psychotischen Schub mit Angstzuständen, religiösen Wahnideen, optischen und akustischen Halluzinationen, Denkzerfahrenheit, teils stuporösem, teils läppisch-maniriertem Verhalten, läppisch-hebephrener Defektzustand, auf dessen Niveau Pat. nunmehr fast 40 Jahre gleichbleibend verharret.

Diagnose: Dementia praecox

Therapie: keine

Nachuntersuchung (23.2.66): Alter der Pat.: 51 J.

Seit der Entlassung vor 37 Jahren Bild nicht verändert, ohne Energie, tatenloses In-den-Tag-Hineinleben, muß zur Verrichtung der täglich anfallenden Dinge angetrieben werden, selbstzufrieden, anspruchslos, für nichts Interesse, an nichts Freude empfindend, ohne affektive Resonanz, kein echter Rapport mit ihr herstellbar.

Bewegungen steif und ungelenk, Mimik leer, ausdruckslos, zeigte immer wieder ein läppisches Lachen. Pat. erhob sich etwas, bevor sie antwortete, setzte sich dann wieder hin, wobei sie in stereotyper Weise mit der linken Hand den rechten Unterarm bis zum Ellenbogen hinauf- und wieder herunterstrich. Sagte dann mit versandernder, monotoner Stimme hastig vor sich hin "ach, das hab ich net". Um etwas herauszubekommen, mußte mehrfach und eindringlich gefragt werden, um dann beispielsweise zu erfahren, daß Pat. keine Pläne habe, über ihre Zukunft "noch nicht nachgedacht habe", und "ich hab mein Zimmer, das reicht mir". Mutter und Schwester der Pat. gaben an, daß kein Rezidiv in der Zwischenzeit aufgetreten, Pat. nie mehr in ärztlicher Behandlung gewesen sei und keine Medikamente mehr benötigt habe. Pat. leicht erregbar, aber nicht motorisch unruhig, sondern weint statt dessen, aber keine regelrechten Verstimmungen.

Epikrise:

Die praemorbid auffällige Patientin erkrankte mit 14 Jahren akut, die etwa 4 Wochen andauernde Episode endete in einem schweren Defekt, der nunmehr fast 40 Jahre unverändert besteht (sehr schlechte Sozialremission).

Fall c) Kr.Nr. 817/44; wl.

Katamnestiche Frist: 21 Jahre

Familienanamnese: Großtante in Anstalt verstorben

Milieu: Handwerksmeisterfamilie

Konstitution: leptosom (gemäß Akte)

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid: Einzelgängerin, scheu

Beginn: 14 Jahre, akut

Psychopathologisches Bild:

Angst und Erregungszustände, Weinkrämpfe, rief verstorbene Geschwister an, "ich werde wohl auch bald sterben, ich komme zu Euch", Suizidideen. Wechsel von katatonen und stuporösem Verhalten. Anschließend schwerer Defekt: Antriebsarm, äußerst unsauber, in Haltung salopp und schlampig, läßt sich völlig gehen.

Diagnose: Hebephrenie

Therapie: 4 ES, Scophedal

Katamnese: (Brief des Vaters)

Pat. immer zu Hause bei den Eltern, hilft im Haushalt (einfache Arbeiten), ist schreckhaft, ängstlich, scheu, zurückgezogen, mit niemandem Kontakt.

Epikrise:

In schweren Defekt ausgehende akute schizophrene Psychose eines praemorbid schizothymen 14jährigen Mädchens. Sehr schlechte Sozialremission.

4.4.1.6. Akut schubweiser Verlauf mit wiederholten Rückfällen
und Ausgang in schweren Defekt
Patienten: 6 wl., 7 ml.

Fall a) Kr.Nr. 1440/47; wl.

Katamnestiche Frist: 6 Jahre

Familienanamnese: o.B.

Milieu: Handwerksmeisterfamilie

Konstitution: unbekannt

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid:

still, zurückhaltend, wenig zärtlich, fühlt sich leicht zurückgesetzt, Minderwertigkeitsgefühle, mäßige Schülerin, doch in der Schule immer versetzt

Beginn: 8 Jahre, plötzlich

Psychopathologisches Bild:

Mit 8 Jahren nach Angaben der Mutter (bei der Erhebung der Katamnese im Januar 1966) depressive Phase: Pat. äußerte nach dem Tod ihrer Freundin, "ach, wenn ich doch auch gestorben wäre, das wäre doch viel besser". Seitdem viel gegrübelt, still und ganz "depressiv" geworden, Todesgedanken, "ganz anders gewesen". Mit 14 Jahren erneut erkrankt mit Schlaflosigkeit, Selbstbeschuldigungstendenzen ("ich kann nicht schlafen, weil ich Euch nicht lieben kann."), Angst, Bedrohtheitserlebnisse, Wahnstimmung. Merkwürdige, uneinfühlbare Wünsche, bizarre und verschrobene Bewegungen. Während des Klinikaufenthaltes (18.12.47-10.2.48) Beziehungsideen, Minderwertigkeitsideen, hypochondrische Ideen, Angstgefühle, Depersonalisationserlebnisse und akustische sowie coenästhetische Halluzinationen. Denken zerfahren, Stimmung läppisch-euphorisch. Nach insgesamt 8 ES kontaktfähig, aufgeschlossen, hilfsbereit. Keine Wahnideen.

Diagnose: Schizophrenie

Therapie: 8 ES

Katamnese:

Nach der Entlassung in Haushalt und Landwirtschaft tätig, lernte schneiden. Bereits leichte Defektzeichen (leicht aufgeregt, es wurde ihr schnell etwas zu viel). Mit 19 Jahren (1951) erneute Erkrankung. Schlaflosigkeit, Appetitverlust, Mißtrauen, Arbeitsunlust, traurige Stimmung. Unter Einfluß imperativer Stimmen Suizidversuche (HCl, Strangulation). Äußerte, sie müsse die Belästigung der Genitalsphäre durch Tragen von Gürteln und Strumpfhaltern nachts abstellen und in ihrem Körper habe sie

"Impretur". Nach 14 ES und 15 Comata leichter Defekt mit Unausgeglichenheit des Handelns und der Affektlage. 1 Jahr später erneuter Schub (Beziehungs-, Bedeutungs- und Beeinträchtigungs=wahn, Verfolgungsideen, Ich-Erlebensstörungen, Gedankenabreißen, teils negativistisches, teils ambitendentes, besonders ambivalentes Verhalten). Ausbildung eines massiven Defekts (affektive Leere, völliger Interesseverlust, Affektlabilität, merkwürdige uneinfühlbare, verschrobene Handlungsweisen, schließlich Defekt-Katatonie mit erheblichen psychomotorischen und Erregheitszuständen, Aggressionen, Selbstbeschädigungen (versuchte sich unter anderem, den Finger abzureißen!). Zeitweise läppisch-albernes Verhalten, akustische Halluzinationen und Wahnideen. Ständige Anstaltsunterbringung notwendig. Wenige Tage, nachdem von den Eltern gegen Revers nach Hause genommen, Suizid (warf sich vor einen D-Zug).

Epikrise:

Beginn der Erkrankung des praemorbid auffälligen Mädchens mit depressiver Phase im Alter von 8 Jahren. Mit 14 Jahren akut schizophren-psychotischer Schub, der unter Hinterlassung leichter Defektzeichen ausheilte. Nach dem 3. Schub (im Alter von 20 Jahren) erheblicher Defekt (Defektkatatonie). Bis zum Tod durch Suizid (mit 22 Jahren) dauernd psychotisch.

Fall b) Kr.Nr. 1800/50; ml.

Katamnestiche Frist: 14 Jahre

Familienanamnese: o.B.

Milieu:

Ehe der Eltern geschieden, deshalb in Fürsorgeerziehung

Konstitution: metromorph, kräftig

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid: durchschnittlicher Schüler, kontaktfähig

Beginn: 10 Jahre, plötzlich

Psychopathologisches Bild:

zurückgezogen, unverträglich, bockig, aggressiv, Angstzustände, fragte plötzlich im Unterricht, ob seine Pulsadern noch ganz seien und lief anschließend fort. Wahnhaftes, hypochondrisches Körpersensationen ("das Herz bleibt stehen", "der Nabel platzt", "Das Geschlecht geht entzwei", "ein Blitz gehe durch ihn durch"). Akustische, optische (schwarze Augen, die ihn verfolgen) und Geruchshalluzinationen, sowie Beziehungsideen, Weltuntergangserlebnisse. Neigung zu starken Wut- und Trotzreaktionen. Nach 4 Monaten Spontanremission, weitgehend aufgelockert, kontaktfreudig, gemütsmäßig schwingungsfähig.

Diagnose:

Kindliche Schizophrenie (paranoid-halluzinatorisches Bild)

Therapie: keineKatamnese:

Gelegentlich Einordnungsschwierigkeiten, im ganzen jedoch tragbar, zeigte wenig Ausdauer, schlechte Konzentration, war leicht verträumt und zurückhaltend. 1957 (mit 17 Jahren) stärkere Verhaltensauffälligkeiten, häufiger Berufs- und Ortswechsel, häufige, zum Teil sogar tätliche Auseinandersetzungen mit seiner 2. Mutter und kleinere Delikte. Mit 19 Jahren von Prof. Stutte gesehen, "er wirkte etwas phlegmatisch, affektiv modulationsarm, aber durchaus rapportfähig. Berichtete von gelegentlichem Stimmenhören, wirkte aber insgesamt komponiert und nur bei Kenntnis der Vorgeschichte waren die leichten Wesensauffälligkeiten des jungen Mannes als postpsychotische Charakterveränderungen zu deuten". In den Jahren 1961 bis 1963 strafbare Handlungen, besonders Diebstähle (unter anderem 4 Monate Gefängnis). Im September 1963 paranoide Gedanken, "der Meister sehe ihn so komisch an" und ähnliches. Verlor ganz den Kontakt zu anderen Menschen. Im Juli 1964 Strafhäft, wo er durch sein stilles, ratloses, etwas verträumtes Wesen und seine verschrobene Rede-weise auffiel. Dort begann er plötzlich das Inventar seiner Zelle in aller Stille zu demolieren und zeigte sich am nächsten Tag erfreut und befriedigt über den Erfolg und konnte keinen Grund für sein Tun angeben, das er bis zum letzten Augenblick still-vergnügt fortgesetzt hatte. Anschließend Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus. Dort Beziehungs- und Beeinflussungsideen, Bedrohtheitsgefühle, Ich-Erlebensstörungen, imperative akustische Halluzinationen, Denkzerfahrenheit ("ihre Stimmen fielen auf mich, ich hatte soviel Strahlen in mir, ich war ganz hell im Gesicht. Da war ich mit allen Köpfen verbunden"). Gedankengang verstiegen und uneinfühlbar ("ich hätte einen Menschen umbringen können, wenn ich auf ein Gänseblümchen gesehen könnte, wurden die anderen ganz hell"). Habe manchmal nicht essen können, weil er eine "Fernsprechung" empfunden habe. Verhalten läppisch, verschoben, zeitweise negativistisch. Antriebsarm, affektiv leer. Seit 18.2.65 in einem psychiatrischen Krankenhaus (Hess.Fr.E.Ges.). Einsilbig in seinen Antworten, mißtrauisch, einzelgängerisch, still, undurchsichtig, mit leerem Blick. Zeiten dranghafter Unruhe mit Erregheitszuständen und Entweichungsversuchen wechseln ab mit Zeiten, wo Pat. relativ ruhig, umgänglich, arbeitsam ist.

Epikrise:

Mit 10 Jahren 4 Monate dauernde akut-psychotische Episode manigfaltiger Symptomatik mit weitgehender Voll-Remission. Im weiteren Verlauf sehr langsames Fortschreiten der Erkrankung mit allmählichem sozialem Abgleiten und sich immer deutlicher ausprägender Persönlichkeitsabwandlung (Kontaktstörung, affektive Verarmung, Instabilität der beruflichen Leistung). Im Juni 1962 (mit 22 Jahren, 12 Jahre nach erster Episode) erneuter akuter Schub. Seitdem starker Defekt auf dem Gebiet des Affekts und Antriebs mit gelegentlichen Erregungszuständen (sehr schlechte Sozialremission).

Fall c) Kr.Nr. 677/58; ml.

Katamnestiche Frist: 18 Jahre

Familienanamnese:

Mutter 2 mal, 1961 und 1964, wegen Unruhe- und Erregtheitszuständen mit Angst, Todesgedanken und hypochondrischen Ideen in Nervenlinik. Wirkte bei Nachuntersuchung wie ein schizophrener Defektzustand (affektiv starr, nörgelig, zänkisch, mißtrauisch, fragte dauernd dasselbe, schwer umstellfähig).

Milieu: Handwerksmeisterfamilie

Konstitution: leptosom-athletischer Mischtyp (gemäß Akte)

Eigenanamnese: verzögerte Entwicklung

Praemorbid:

debil (IQ=60), schlechte Schulleistungen, einmal sitzengeblieben, Schlosserlehre wegen schlechter Leistung abgebrochen, weichherzig, konnte nicht ertragen, wenn ein Tier gequält wurde.

Beginn: 13;11 Jahre, plötzlich

Psychopathologisches Bild:

Depressiv gefärbte Wahnideen, hypochondrische Ideen; Suizidversuch; Logorrhoe, Denkerfahrenheit, dranghafte motorische Unruhe mit unsinnigen Handlungen. Affektive Stumpfheit und Gleichgültigkeit.

Nach 6 Wochen Entlassung, aufgelockert, zugewandt, freundlich.

Diagnose: Pfropfbephrenie

Therapie: ES

Katamnese (Angaben der Schwester des Patienten):

3 Jahre nach Entlassung war Pat. nicht auffällig; als Waldarbeiter beschäftigt, ab Dezember 1951 (Alter: 17 Jahre) bis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung (18 Jahre nach Ausbruch der Erkrankung) insgesamt 10 mal psychotisch (Erregungszustände, Herumtreibereien, Negativismus, Nahrungsverweigerung, verstärkter Alkoholkonsum, hypochondrische, paranoide und depressive Wahnideen, akustische und coenästhetische Halluzinationen, Beeinflussungserlebnisse und formale Denkstörungen (Gedankenentzug, Gedankenabreißen). Nach der 6. Episode deutlicher Defekt auf dem Gebiet des Antriebs, vernachlässigt Körperpflege, im Antrieb außerordentlich schwankend, häufiger Stellenwechsel. Streitsüchtig, reizbar, affektlabil, leicht verführbar durch andere (Alkohol). Zeitweise sexuell enthemmt. Onanie. Keine Freunde, kein Kontakt. Immer wieder Unruhe- und Erregtheitszustände. In diesen Zeiten spricht Pat. oft von Suizidabsichten.

Epikrise:

Mit 13 Jahren erster schizophrener Schub bei bereits bestehen=

der Debitilität. Mit 17 Jahren erneut psychotisch. Seitdem etwa zehnmal stärker psychotisch, so daß zeitweise stationäre Behandlung notwendig. Dazwischen Zeiten vermehrter psychomotorischer Unruhe. Der Verlauf spricht für eine Aggravierung des Leidens. Jetziger Zustand: sehr schlechte Sozialremission.

Fall d) Kr.Nr. 1204/48; wl.

Katamnestiche Frist: 17 Jahre

Familienanamnese: o.B.

Milieu: Vater früh verstorben, Mutter gutmütig, weichherzig

Konstitution:

pyknisch-leptosomer Mischtyp, dysplastisch (gem. eigener Unters.)

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid:

durchschnittliche Schülerin, still, zurückhaltend, wenig Kontakt

Beginn: 12 Jahre, plötzlich

Psychopathologisches Bild:

Insgesamt 7 kataton-stuporöse Schübe mit Wahnideen und Halluzinationen und Denkzerfahrenheit (die ersten beiden Schübe dauerten nur jeweils 4 Tage, die übrigen jeweils mehrere Monate). Erste leichte Defektzeichen nach dem 3. Schub (Dauer Mai 1948 - Dezember 1949).

Diagnose: Schizophrenie.

Therapie: ES, Psychopharmaka

Nachuntersuchung (17.12.65): (Alter der Pat.: 32 J.)

Nach Abklingen des letzten Schubes (August-Dezember 1956) Pat. immer zu Hause. Hilft im Haushalt (leichteste Arbeiten, Versuch einer Beschäftigung in der Landwirtschaft, z.B. bei der Kartoffelernte, mißlungen, regte sich zu stark auf). In den ersten 2 Jahren Wahnideen, schlief nicht, leicht erregbar, besonders im Frühjahr und Herbst Stuporzustände mit Angst, katapleptischen Haltungen, Nahrungsverweigerung und Mutismus. Pat. dazu: "Es sei so eine innere Angst", die sie befallte, woher, wisse sie nicht. Einmal nach einem solchen Stuporzustand äußerte Pat., sterben zu wollen und fragte, ob denn keine Gräber mehr geschauelt würden. Mit der Zeit Besserung im Befinden. In den letzten 2 Jahren außer leichten Stimmungsschwankungen mit depressiven Verstimmungen, Grübelneigung, erhöhter Reizbarkeit, Affektlabilität und leichten Unruhezuständen nebst Schlaflosigkeit stabilisierte sich das Befinden zunehmend. Jetzt erheblicher Defektzustand. Nur allereinfachste Verrichtungen, langsam und unordentlich, schludrig, gleichgültig, bedarf des Fremdantriebs. Gemütskälter geworden, aber noch

erstaunlich modulationsfähig, Pat. ist freundlich, zugewandt, mitteilend, erzählt erstaunliche Einzelheiten, an die sie sich erinnert, z.B. daß sie vor 9 Jahren 8 ES erhalten hat, was zu=trifft! Erstaunlich auch die Stellungnahme zu ihrer Krankheit "es ist gerade so, als ob die Zeit einen Mantel darüber gebreitet hätte". Neigung zu floskelhaften Allgemeinplätzen, häufiges Entgleisen in läppisch-alberne Stimmung. Haltung steif, vorn=übergebeugt, Gang kleinschrittig, starre Mimik, häufig ratloser Blick ohne eigentliche Wärme. Es bestehen Störungen der Sinn=erfassung (Bilderdeuten, Sprichworterklären) sowie Mangel an Sinn für das Wesentliche.

Epikrise:

Bislang 7 psychotische Episoden mit Ausgang in sehr schlechte Sozialremission (erste Defektzeichen nach der 3. Episode). In den ersten 2 Jahren nach dem letzten Klinikaufenthalt (1956 23 Jahre alt) noch zeitweise stärker psychotisch, in den letzten 2 Jahren zunehmende Beruhigung der psychotischen Akuität. 18 Jahre nach Krankheitsbeginn erhebliche Persönlichkeitsab= wandlung (sehr schlechte Sozialremission).

Fall e) Kr.Nr. 917/56; ml.

Katamnestiche Frist: 8 Jahre

Familienanamnese: o.B.

Milieu: Arbeiterfamilie, Mutter energisch, warmherzig, besorgt

Konstitution: pyknisch (gem. eigener Untersuchung)

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid:

gutmütiger, aufgeschlossener Einzelgänger ohne Freunde. Leichte Debität (IQ=89)

Beginn: 12;9 Jahre, plötzlich

Psychopathologisches Bild:

Weglaufen, paranoide Wahnideen, Vergiftungsideen, Elektrisierungswahn, coenästhetische und optische Halluzinationen (sah einen Riesen aus Rauch sich um einen Apfel ringeln und den Menschen in die Mäuler kriechen. Abends gingen übergroße Männer mit Leuchtschildern durch die Räume), Nahrungsverweigerung, Phonographismus, Vorbeireden, verändertes Umwelt- und Selbst-Erleben, Todesangst, Ratlosigkeit. Nach 2 kurzdauern=den Rückfällen Vollremission nach insgesamt 4monatlicher Dauer.

Diagnose: 1. Schub einer Schizophrenie

Therapie: 15 ES, 26 Insulinkomata

Katamnese:

Nach 3 Jahren, 1960, 2. Episode (2 Monate), 1961: 3. Episode

(4 Monate) mit coenästhetischen und optischen Halluzinationen (sah Jesus auf dem Berge), Nahrungsverweigerung, Sendungsbewußtsein, Versündigungsideen, Verfolgungsideen, Mutismus, Denkzerfahrenheit. Anschließend bestanden zum ersten Mal leichte Defektzeichen (Ratlosigkeit, Antriebsschwäche, Interesseverlust, Arbeitsfähigkeit jedoch erhalten). 1962: 4. Schub (2 Monate) mit Stupor, Denkzerfahrenheit, 1962: 2 Monate dauernder Schub mit spielerisch vorgebrachten Suizidideen und religiösen Wahnideen, Halluzinationen.

Nachuntersuchung (17.9.65): (Alter der Pat. 20 J.)

Seitdem immer zu Hause, arbeitet in Blechwarenfabrik als Blechabnehmer. Dies nur möglich durch Fürsorge der Mutter. ("Arbeitstherapie, das einzig Richtige") und des vorgesetzten Meisters. Defekt so hochgradig, daß Pat. in Wirklichkeit anstaltsbedürftig ist, muß zu jeder Kleinigkeit (Händewaschen, Schuhe ausziehen und -wechseln) angehalten und mehrfach aufgefordert werden. Wenn zu Hause, sitzt er nur herum. Keine Interessen, keine Freunde. Kaum Kontakt herstellbar, völlig lahm und aspon-tan. Pat. gibt nur selten mit leiser, monotoner Stimme eintönige Antworten mit nur einem Wort ("gut", "nein", "ja"). Die Frage, ob er das Gefühl der inneren Leere kenne, beantwortet er bejahend! Mimik starr, ausdruckslos, Bewegungen langsam und träge. Nach den Angaben der Mutter alle 4 Wochen stärkere Stimmungsschwankungen von 2-3 Tagen Dauer mit Depressionen und starker Reizbarkeit und Affektlabilität, zeitweise mit stuporösem Verhalten. Juli 1964 Denkzerfahrenheit, akustische Halluzinationen (hörte jemand aus Hamburg sprechen), 2 Tage erregt, äußerte, er müsse geschockt werden! Im August und September 1964 und Februar 1965 jeweils 1-2 Wochen anhaltende Unruhezustände mit Denkzerfahrenheit und depressiver Stimmung. Seit April 1965 Befinden ausgeglichen, erhält 2 x 2 Drag. Truxal/die.

Es besteht demnach das Bild einer "bewegungsarmen Katatonie" oder "sprachträgen Defektkatatonie", wie sie K.KLEIST bzw. K. LEONHARD für die Erwachsenen-Schizophrenie beschrieben haben.

Epikrise:

Erste Episode im Alter von 12 Jahren völlig ausgeheilt. Nach der dritten Episode (mit 16 Jahren) erste leichte Defektzeichen. Insgesamt 5 Episoden (jeweils 2-4 Monate Dauer). Ausgang in sehr schlechte Sozialremission, Pat. so stark verändert ("ausgebrannter Krater"), daß ohne die warmherzige und tatkräftige Betreuung durch die Mutter und die verständnisvolle Hilfestellung des Vorgesetzten ein Leben außerhalb der Anstalt nicht möglich wäre!

Fall f) Kr.Nr. 736/51; wl.

Katamnestiche Frist: 15 Jahre

Familienanamnese: o.B.

Milieu:

Vater unehelich geboren. Ehe der Eltern nach 18 Jahren geschie-

den, Mutter lebt mit einem verheirateten Mann zusammen, von dem sie schwanger wurde (Totgeburt)

Konstitution: leptosom (gem. eigener Feststellung)

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid:

gute Schülerin, kontaktschwach, sonderte sich ab, fühlte sich von den Mitschülerinnen zurückgesetzt. Sang gern, hing an der Mutter, bei Schulaufgaben sauber und ordentlich

Beginn: 12;5 Jahre, plötzlich

Psychopathologisches Bild:

Affektlabilität, Schlaflosigkeit, grundloses Schreien, motivloses, gellendes Lachen, schließlich stuporös-katatton, unein-
fühlbare Handlungen, Wahnstimmungen, optische und akustische Halluzinationen (Vater und Mutter unterhalten sich an der Decke, hört das "Welttelefon" sprechen). Ambitendenz, zeitliche und örtliche Desorientiertheit. Abnorme Körpersensationen, Wahnideen, Neologismen, Denkzerfahrenheit. Ungebessert entlassen (weiterhin Wahnideen und Halluzinationen).

Diagnose: Schizophrenie

Therapie: 14 ES, 13 Insulin-Comata

Nachuntersuchung (1.3.66):

Pat. hatte zunächst der Nachuntersuchung schriftlich zugestimmt, dann aber wieder abgelehnt. Wurde deshalb später ohne Vorankündigung aufgesucht. Zunächst ängstlich-scheu, verstört. Mimisch starr, stereotyp wiederkehrendes unmotiviertes steifes, verzerrtes Grinsen. Bewegung und Haltung eckig, steif. Trotz stetiger höflicher Zuwendung der Pat. (gab anfängliches Mißtrauen schließlich mehr und mehr auf) keine echte Resonanz, emotionale Schwingungsfähigkeit erheblich herabgesetzt. Affektivität verarmt. Keine Beziehung zu ihrem Kind, das sie mechanisch an- und auszog. Selbst beim Streicheln (selten!) des lebhaften und zugewandten Jungen, der affektiv leicht ansprach, wirkte Pat. seltsam starr und kalt. Auf die Frage, ob der plötzliche Tod des Kindes sie mitnehmen würde, antwortete sie nur, ohne sichtbare affektive Beteiligung: "Dann würde ich ihn beerdigen lassen". Weder zu Menschen, Tieren noch Pflanzen irgendein Verhältnis, keine Freunde oder Freundinnen. Von ihrem Mann (mit 21 Jahren geheiratet) nach 2jähriger Ehe geschieden, später von einem anderen verheirateten Mann ein Kind bekommen (mit ihm keine Ehe geschlossen). Zur Zeit scheint Pat. wieder mit ihrem ersten Mann zusammenzuleben, jedenfalls für Stunden. Wohnung ungepflegt, unvorstellbar unsauber und verkommen. Pat. sprach mit leiser monotoner Stimme undeutlich, sehr hastig und nervös einzelne Silben verschluckend, abgehackt, sprach nur, wenn angesprochen, erschien dann verstört und fast verwirrt, neigte zum Danebenreden (z.B. nach ihrer Stimmung befragt, "mal böse, dann bekommt das Kind einen Klaps .., es muß

schlafen, wenn es müde ist, bis man das spitz hat"). Eindruck, als ob Pat. mit sich selbst beschäftigt war, und daß sie abwehrend, unüberlegte falsche Antworten gab. (Beispielsweise gab sie auf eine entsprechende Frage an, daß sie seit 2 Jahren in dem Haus wohnt, in dem sie in Wirklichkeit von Kindheit auf lebte. Oder auf die Frage nach ihrer Lieblingsbeschäftigung antwortete sie "wenn es schläft, weggehen", nach Wiederholung derselben Frage: "Heiratsbeschäftigung, Heiratsanzeigen, besonders kurz vor der Heirat" und nach erneuter Wiederholung derselben Frage: "Herumsitzen, Radiohören" (Was? Ernstes oder Lustiges?) "Was gesprochen wird da drin, auch mal Schlager". Schließlich war zu erfahren, daß sie gar keine Lieblingsbeschäftigung hat, nichts gibt es, was ihr Spaß oder Freude bereitet. (Sinn des Lebens?) Mit den Schultern zuckend: "weiß man auch nicht - die Ehe, die Kinder sagt man gewöhnlich".

Eigenartige Denkstörung mit merkwürdig uneinfühlbarem verstiegenem Gedankengang, z.B. Pat. definiert Unterschied zwischen Fluß und Teich folgendermaßen: "Teich ist mit Sand besät - der Fluß ist im Wasser," und "wenn man das Wasser mit dem Feuer zusammenput, ist das dasselbe" - "beides gefährlich, ich weiß, was gemeint ist, aber wie das zusammenhängt, weiß ich auch nicht". Über das Sprichwort "Morgenstund ...": "Morgens darf man nicht singen oder pfeifen, sonst gibt's was Schlechtes zu hören" (?) "Vom Meister eine verpaßt" (Was besagt das Wort "Gold"?) "von morgens 5 Uhr bis 7 Uhr bedeutet das".

2 Jahre nach Kliniksentlassung Besuch der Volksschule (glatt durchlaufen). Anschließend Gewerbeschule bis zum 18. Lebensjahr. Von da an sehr häufiger Stellenwechsel (blieb jeweils nur einige Wochen bis Monate an einem Arbeitsplatz). Seit 1960 keine Arbeitslust mehr, alle paar Monate Angstzustände. (Seit 1960 schlimmer geworden?) "Nein, ja, das ist schlimmer geworden" (Im Antriebe nachgelassen?) der Schwung sei noch da, besonders wenn sie erkältet sei! (Hinweis, daß dies anomal) "Ja, wenn ich erkältet bin, bin ich lahm." (Manchmal innerlich unruhig?) "Nein, nie, nur heute 1/2 Stunde" (Öfters?) "nein, öfters - nur öfters".

Alle paar Wochen verstimmt, gereizt, erregt, Nahrungsverweigerung. Häufiger Stellenwechsel "wegen des Zankens", "Ich mußte immer gehen für die anderen", fühlte sich durch die anderen beeinträchtigt, verdrängt, verfolgt, hört "sie hinter ihrem Rücken" über sich sprechen (gehört?) "Ich habe keine Zeit dazu gehabt, ich bin dann vorbeigegangen, vorbeigegangen, ne". Nachdem Pat. zunächst ängstlich-mißtrauisch und abweisend, überempfindlich war, sobald Gespräch Krankheit und ihre Person betraf, ("Ich bin gesund, mir fehlt nichts, alles ist in Ordnung") und psychotische Symptome negiert hatte, wurde Pat. zunehmend auskunftsbereiter, ohne Zunahme an Kontakt und Resonanz. (Später noch Stimmen gehört?) "Kann ich net darüber sprechen, sonst glaub ich ja", wurde verlegen, abwehrend, errötete stark, gab dann zu, Stimmen zu hören, die über sie sprechen, ärgerte sich dann, habe aber keine Angst. (Wann das letzte Mal?) "Das kann vor Tagen gewesen sein." (Auch etwas gesehen, was in Wirklichkeit nicht da war?) "Ja, ich sehe Menschen, einen Mann und eine Frau." (Sprechen sie?) "Ja, das ist das von der Decke". Über den Inhalt wollte sie nichts sagen.

Pat. seit 10 Jahren wieder unter psychotischen Erlebnissen leidend, 5 Jahre nach der Kliniksentlassung war Pat. frei davon

gewesen. Dann setzte der häufige Stellenwechsel ein. Vor 10 Jahren sei auch auf einmal wieder "das mit dem Welttelefon" aufgetreten, etwa 2-3 Tage, danach nicht wieder.

Epikrise:

Pat. in sozial ungünstigen Verhältnissen aufgewachsen, erkrankte im Alter von 12 Jahren plötzlich. 4 Monate intensive Behandlung ohne Erfolg (weiterhin psychotisch, Defektzustand). Nach eigenen Angaben 5 Jahre nach Kliniksentlassung frei von psychotischen Erlebnissen. In den letzten 10 Jahren jedoch immer wieder psychotisch. Trotz erheblicher Persönlichkeitsveränderung und zeitweise stark psychotischer Aktivität nie wieder in psychiatrischer Behandlung. Sehr schlechte Sozialre=mission.

Fall g) Kr.Nr. 1980/55; wl.

Katamnestiche Frist: 8 Jahre

Familienanamnese: o.B.

Milieu: gepflegte Wohnverhältnisse

Konstitution: pyknisch (gem. Akten)

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid:

lebhaft, liebebedürftig, anhänglich, besonders enger Kontakt zur Mutter; mäßig begabt

Beginn: 13;6 Jahre, knickhaft

(= subakut auf dem Boden einer mehrere Wochen bis Monate bestehenden Wesensänderung beginnend)

Psychopathologisches Bild:

Im Frühjahr 1954 Wesensänderung: empfindlicher, zunehmend teilnahmslos einerseits, frech und herausfordernd andererseits. Schließlich kataton-stuporöse Zustände, Autismus, Negativismus, Veränderungserlebnisse, akustische, optische und haptische Halluzinationen (fühlte Würmer, die an ihrem Körper entlang krochen), Mißtrauen, Angst. Bereits früh Defektzeichen.

Diagnose: endogene Prozeßpsychose (Hebephrenie)

Therapie: 31 ES, 21 Insulinomata

Katamnese:

Nach Kliniksentlassung schnippisch, distanzlos, frech, sexuell enthemmt (Herumstreunen mit Soldaten), antriebsarm, affektiv unbekümmert. Nach 8 Wochen erneute Episode (Wahnstimmung, Vergiftungs-, Verfolgungs- und Beziehungsideen, Denkzerfahrenheit, akustische Halluzinationen). Seitdem bis 1957 fast dauernd in

klinisch-psychiatrischer Behandlung.

In den folgenden Jahren starkes soziales Abgleiten unter dem Zeichen zunehmender Verwahrlosung (nächtigte unter anderem im Taubenschlag, Gewerbeunzucht, Beischlaf, Diebstähle, häufige venerische Erkrankungen, uneheliches Kind, Strafhafte). Seit 1963 betreibt Pat. Gastwirtschaft, soll freundlich, sauber und ordentlich sein.

Epikrise:

Knickhafter Beginn mit 13 Jahren, schon früh ausgeprägter Defekt. In den letzten 2 Jahren anscheinend Beginn einer Stabilisierung.

Fall h) Kr.Nr. 1920/50; wl.

Katamnestiche Frist: 10 Jahre

Familienanamnese:

Schwester der Großmutter mütterlicherseits wegen "Erregungszustand bei Imbezillität" in der Marburger Nervenlinik (gestorben an Bronchopneumonie) nach 14 Tagen.

Großmutter mütterlicherseits "Spätkatatonie" gest. an Schluckpneumonie nach 14 Tagen).

Großvater mütterlicherseits, Alkoholiker, Suizid durch Strangulation.

Mutter versuchte in einem psychotischen Verwirrheitszustand Pat. im Säuglingsalter zu erwürgen. Beging später Suizid (Strangulation).

Sohn der Pat. wegen massiver Trotzreaktion und Angstzuständen im Alter von 6 Jahren stationär in der Kinderpsychiatrischen Klinik (Prof. Stutte). Fiel unter anderem dadurch auf, daß er einen kleinen Mitpatienten am Hals würgte.

Milieu: siehe oben, Vater unauffällig

Konstitution: pyknisch-leptosom (gemäß Akte)

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid: zänkisch, unzufrieden, empfindlich, leicht beleidigt

Beginn: 12-13 Jahre, plötzlich

Psychopathologisches Bild:

Angstzustände mit depressiven Verstimmungen, Lebensüberdruß, Nicht-vom-Fleck-Kommen; häufige kleine Diebstähle. Mit 14 Jahren akuter Schub (akustische, optische Halluzinationen, Beziehungsideen mit anschließendem Defekt).

Diagnose: Schizophrenie

Therapie: 6 ES

Katamnese:

Nach 4 Monaten Rezidiv. Danach ständiges soziales Abgleiten (Prostitution). Zeitweise (1954, 1958, 1959) stärkere Verstimmungszustände mit Angst, Schlaflosigkeit, Beziehungsideen. 1960 stark auffällig. Logorrhoe, Unruhe, Weglaufen, Erregungszustände, Verfolgungsideen, Suizidversuch. Deshalb Aufnahme in einem psychiatrischen Krankenhaus. Nach mehrmonatiger Besserung (fleißig, ruhig, geordnet, guter Schlaf). 17 Tage nach der Entlassung Suizid (Strangulation).

Epikrise:

Beginn im Alter von etwa 12 Jahren mit Verstimmungs- und Angstzuständen. Mit 14 Jahren erster schizophrener Schub mit Ausgang in Defekt. Im weiteren Verlauf wiederholt psychotisch, ständiges soziales Abgleiten, mit 25 Jahren Suizid durch Strangulation (gehäufte Psychosen mit Suiziden ebenfalls durch Strangulation in der Aszendenz!)

Fall i) Kr.Nr. 357/54; ml.

Katamnestiche Frist: 12 Jahre

Familienanamnese:

Mutter während der Schwangerschaft und 1954 Suizidideen, depressive Verstimmung mit Antriebsminderung

Milieu: Vater gefallen, Mutter betont fromm, naiv

Konstitution: unbekannt

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid:

Bester Schüler, gut kontaktfähig, jedoch eigensinnig und sehr empfindlich

Beginn: 12 Jahre, knickhaft

Psychopathologisches Bild:

Erkrankte insgesamt 4 x an sehr lange dauernden psychotischen Episoden (Winter 51/52 bis Mai 53, Juni 54 bis Februar 55, Juni 56 bis Januar 57, Januar 59 bis Januar 60). Defekt bereits nach dem ersten Schub.

Diagnose: Schizophrenie

Therapie: ES, Insulinkomata

Katamnese:

Seit 1960 Beschäftigung in einem pädagogisch geleiteten Heim unter Aufsicht, im Arbeitsverhalten unzuverlässig, langsam, sprunghaft, Sonderling, mißtrauisch, eigensinnig, kleinlich,

launisch, erregbar. Bewegungen steif linkisch, schwankt zwischen gleichgültig und reizbar-affektlabil. Im Frühjahr und Spätsommer starke Stimmungs- und Verhaltensschwankungen: wechselnd zwischen den Polen apathisch, substuporös (Negativismus, Mutismus, Nahrungsverweigerung) und geschwätzig, vorlaut, erregt.

Epikrise:

Ausgang einer im Alter von 12 Jahren ausgebrochenen, bislang in 4 lang anhaltenden Schüben verlaufenden schizophrenen Psychose in sehr schlechte Sozialremission.

Fall j) (aufgenommen 1938); ml.

Katamnestische Frist: 6 Jahre

Familienanamnese: o.B.

Milieu: unbekannt

Konstitution: unbekannt

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid: unauffällig

Beginn: 14 Jahre, plötzlich

Psychopathologisches Bild:

3 Schübe (stuporös mit Wahnideen und optischen Halluzinationen). Nach dem 1. Schub Defekt, 3 Jahre nach der Entlassung 2. Schub, dann noch 6 Monate als Briefträger gearbeitet. Anschließend Rezidiv mit dauernder Anstaltsbehandlung. Nach weiteren 3 Jahren euthanasiert.

Diagnose: Schizophrenie

Therapie: Cadiacol- und Insulinschockbehandlung

Epikrise:

In 3 Schüben verlaufende praepubereale Schizophrenie mit Ausgang in sehr schlechte Sozialremission.

Fall K) Kr.Nr. 1495/52; ml.

Katamnestische Frist: 14 Jahre

Familienanamnese: o.B.

Milieu: sehr primitiv, beide Eltern debil

Konstitution: unbekannt

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid: minderbegabt, ruhig, gutmütig, folgsam

Beginn: 12;6 Jahre, akut

Psychopathologisches Bild:

8 Tage anhaltender Stuporzustand, seitdem im Wesen verändert mit Neigung zu unsinnigen Handlungen. Schließlich immer wiederkehrende katatone Erregungszustände mit sinnlosem Zerstörungsdrang und gefährlichen Aggressionen, starke Unsauberkeit abwechselnd mit Stuporzuständen. Wahnstimmung. "Ich werde verhaftet ---, ich werde totgemacht, in H. haben sie schon mein Grab geschaufelt". Pat. sagte dies mit leiser monotoner Stimme ohne affektive Beteiligung. Völlig autistisch. Seit Oktober 1953 ununterbrochen in psychiatrischer Behandlung (LK).

Diagnose: Pfropfhhebephrenie

Therapie: 18 ES, 7 Insulinkomata

Katamnese:

Wochen oder Monate anhaltende Zustände ängstlich getönter Gemüthstheit, Ratlosigkeit, in denen Pat. ruhig, freundlich, relativ gut lenkbar. Ebenso lang anhaltende Phasen akuter psychotischer Symptomatik, kataton erregt. Aggressiv mit unbändiger Zerstörungswut, schamlos, sexuell enthemmt, unsauber (beschmiert sich und seine Umgebung mit Kot und Urin). Imperative akustische Halluzinationen. Schließlich gemüthlich weitgehend versandet (Tod der Mutter berührt ihn nicht), neigt zu Albernheiten und Clownerien. Nur zeitweise unter Aufsicht leichte Arbeiten.

Enikrise:

Beginn im Alter von 12 Jahren mit kataton-stuporösem Bild und frühzeitiger Ausbildung von Defektzeichen. Die vorwiegend hebelphren gefärbte schizophrene Psychose verläuft in weiten Phasen: monatelang anhaltende Zustände ängstlich getönter Gemüthstheit, Autismus, Antriebslosigkeit und ebenso lang anhaltende Phasen akuter psychotischer Symptomatik. Ausgang in schwere Versandung.

Fall 1) Kr.Nr. 1210/53; wl.

Katamnestiche Frist: 12 Jahre

Familienanamnese:

Eltern beide wesensverändert. Mutter unbeholfen, kontakteingeschränkt; Vater hochbegabter Jurist, sieht Welt als Jammertal an: es sei Sünde, Kinder in die Welt zu setzen.

Milieu: siehe oben

Konstitution: leptosom (?) (gemäß Akte)

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid:

Einzelgängerin, eigenwillig, verschlossen, kontaktarm, Einordnungsschwierigkeiten, empfindlich, übelnehmerisch, grübelt viel; gute Schülerin (U II)

Beginn: 12;8 Jahre, knickhaft

Psychopathologisches Bild:

Nach einigen Wochen mit zunehmender Wesensänderung (Leistungsschwankungen, Ermüdbarkeit, gedrückte Stimmung, Interesseverlust am Klavierspielen), erster Schub von Oktober 1953 bis März 1954 (Wahnstimmung, stuporöses Verhalten, gelegentlich läppisch, erzählte, daß ihr Vater gestorben sei, lachte albern dazu. Autistisch, hielt sich die Ohren zu, als ob sie Stimmen höre). Danach fleißig, gut kontaktfähig. Einige Wochen später affektiv wenig anpassungsfähig, albern, ohne jede Zielgerichtetheit, Einordnungsschwierigkeiten. Zweiter Schub von Dezember 1954 bis März 1955 (Déjà-vu-Erlebnisse, Wahnvorstellungen, stuporöse Verhaltensweisen. Akustische Halluzinationen). Danach affektiv flach, enthemmt, läppisch, leer, antriebsarm, gelegentlich Beziehungsideen. Wegen außerordentlicher Antriebsverarmung, gemütlicher Verflachung und des läppisch situationsinadäquaten Benehmens als "anstaltspflichtig" entlassen.

Diagnose: Schizophrenie (hebephrenes Zustandsbild)

Therapie: ES, Insulinkomata

Katamnese:

Trotzdem anschließend Tätigkeit im Haushalt und im Reformhaus, nahm wieder Klavierstunde, besuchte Tanzstunde und Haushaltungsschule bis Pfingsten 1956; in der Musik gute Fortschritte. Juni 1956 erneuter (dritter) Schub nach einem Sturz vom Rad (ohne Commotio). Wieder Wahnstimmung (glaubte im Nachbarhaus sei ein großes Fest, rannte dorthin, drehte das Radio an, tanzte wie wild, schrie, sang, lief weg, mußte gesucht werden). Wegen schwerster kataton-stuporöser Zustände stationäre Aufnahme notwendig. Im September 1956 unter dem Zeichen eines starken Persönlichkeitsabbaus als nicht arbeitsfähig entlassen. Besuchte jedoch von November 1956 bis April 1957 die Haushaltungsschule. September 1957 bis März 1958 vierter Schub (katatone Erregungszustände mit hypochondrischen und paranoiden Wahnideen, akustischen Halluzinationen. Leichte Denkzerfahrenheit). Abrupter Wechsel zwischen wahnhaft verworrenem und gleich darauf klarem und geordnetem Gedankengang. Behauptete, "der heilige Geist hat mich befruchtet, das ist ja komisch, daß ich das nicht weiß" und gleich darauf "mit 13 Jahren fing meine Krankheit an, ich wurde nervös, albern, ich werde ja doch nicht wieder gesund, das fühle ich ganz genau." Am gleichen Tag wußte sie dann nicht mehr, wie lange sie krank war. Fünfter Schub: Juli 1958 bis August 1958. Sechster Schub: Juli 1959 bis Dezember 1959.

Siebter Schub: März 1960 bis Oktober 1960. Zum ersten Male formale Denkstörungen (Gedankenabreißen), Körperhalluzinationen. In der Folgezeit gelegentlich akustische Halluzinationen, Erregungszustände. Seit Beginn des vierten Schubes (September 1957) dauernd in stationärer psychiatrischer Betreuung.

Epikrise:

Prämorbid unauffällige Pat. Mit 13 Jahren erste Episode. Nach 2. Schub Defekt. Es folgen jährlich jeweils mehrere Monate anhaltende psychotische Krankheitsphasen, die letzte (7.) im Jahr 1960. Sehr schlechte Sozialremission.

Fall m) Kr.Nr. 1029/49; ml.

Katamnestiche Frist: 16 Jahre

Familienanamnese:

Mutter Suizid, Schwester der Mutter Suizidversuch, in LK. Bruder der Mutter in LK. Großvater mütterlicherseits Suizid. Großmutter mütterlicherseits Krämpfe. Schwester des Vaters LK euthanasiert.

Milieu: Eltern sind Vetter und Cousine; einfache Verhältnisse

Konstitution: unbekannt

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid: wild, schwer lenkbar, mäßige Schulleistungen

Beginn: 12;9 Jahre, plötzlich

Psychopathologisches Bild:

August 1949, stuporöses Verhalten. Sagte zum Bruder: "Nimm das Brotmesser und schneide mir den Hals ab. Das Beste wäre, wenn sie mich totmachen würden". In der Folgezeit wechselten Stupor und katatone Erregungszustände in unregelmäßigen Abständen miteinander ab (keine Halluzinationen, lediglich gelegentlich paranoide Wahnideen). Längstes symptomfreies Intervall 1 Jahr (unmittelbar nach der Entlassung 1949).

Diagnose: Schizophrenie

Therapie: 14 ES, 11 Insulinkomata

Katamnese:

Seit Januar 1954 ununterbrochen in stationärer psychiatrischer Behandlung, Ausgeprägter schizophrener Defektzustand, häufig unterbrochen von abrupt auftretenden Erregungszuständen mit unsinnigen Gewalttaten. Selbstbeschädigungen (zerschneidet sich mit scharfen Gegenständen, schluckt Klammer-Federn), Suizidideen, Verstimmungen, Gereiztheit. Arbeitstherapie wegen Initiative- und Energiemangel nicht möglich.

Epikrise:

Seit dem 12. Lebensjahr des prämorbid auffälligen Jungen immer wiederkehrende kataton-stuporöse Zustände.
Schwere Versandung.

4.4.1.7. Akuter Beginn mit anschließend allmählicher Versandung (1 wl. Patient)

Fall a) Kr.Nr. 1/56; wl.

Katamnestiche Frist: 9 Jahre

Familienanamnese:

Großvater väterlicherseits im ersten Weltkrieg "Nervenzusammenbruch"

Milieu: einfache, leidlich geordnete Verhältnisse

Konstitution: athletisch (gem. eigener Untersuchung)

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid:

ordentliche Schülerin, bis zum 14. Lebensjahr gut kontaktfähig, viele Freundinnen, vergnügt, freundlich, zugewandt

Beginn: 13 Jahre, knickhaft

Psychopathologisches Bild:

Beginn mit plötzlich abends im Bett auftretendem Angstzustand. Meinte, keine Luft mehr zu bekommen. Die Zustände wiederholten sich, Pat. glaubte sterben zu müssen, das Herz höre auf zu schlagen, saß tatenlos herum, guckte vor sich hin oder schrie pausenlos. Heulte laut, sie müsse sterben, streckte die Glieder starr aus, begann zu zucken und die Augen zu verdrehen. Während des ersten Klinikaufenthaltes zunächst noch Angst- und Heulzustände, dann Beruhigung. War vergnügt, ausgelassen, albern, verspielt, wenig anstrengungsbereit, gut kontaktfähig.

Diagnose: psychogene Anfälle (Grande Hysterie)

Therapie: keine

Katamnese:

Im weiteren Verlauf weinte Pat. viel, oft bedrückt, lustlos. Versagenszustände, mehrere Arbeitsversuche scheiterten. Frühjahr 1960 besonders schlapp, blieb dauernd im Bett, sprach gelegentlich vor sich hin, mußte schließlich gefüttert werden, "schlägt mich doch tot". Juni 1960 Klagen, nicht mehr richtig denken zu können, Interesse-, Schwung- und Initiativlosigkeit. Affektiv kaum modulationsfähig. Mehrmals Angst- und Erregungszustände. Verschlimmerung des Zustandes, 1963 fast ständig zu Bett, nur für Stunden auf. Mußte zum Essen angehalten werden, wusch sich nicht, näste gelegentlich ein, teils gleichgültig, teils erregt schimpfend, Schlaflosigkeit, wirkte verschoben (auf die Frage nach ihrem Tagesablauf zu Hause antwortete sie, sie höre aufmerksam auf das Radio, im Zimmer nebenan, das habe

sie auch interessiert). Herbst 1965 stationäre Aufnahme, anschließend Verlegung unter der Diagnose einer blande verlaufenden Prozeßpsychose in ein psychiatrisches Krankenhaus.

Nachuntersuchung (13.9.1965): Alter d.Pat.: 23 J.

Stark antriebsverarmt, ratlos, scheint selbst darunter zu leiden, es gehe ihr nicht "so gut, weil es nicht weitergeht". Kontakt reißt immer wieder ab, blickt Untersucher nicht an, stellt nervös an den Haaren oder Kleidern herum. Leise hingehauchte Satzbruchstücke, öfter Ansätze zum Sprechen, aber meist Verstummen nach dem ersten Laut. Verhalten teilweise ambivalent. Entschlußlosigkeit. (Jemand besonders gern?) wegwerfend, sehr hastig: "Nein - meine Eltern, meinen Bruder, meinen Vater" und schließlich ganz leise "besonders keinen". Bei der Intelligenzprüfung rasches, sicheres und richtiges Reagieren selbst bei schwierigen eingekleideten Aufgaben. Umso erstaunlicher dann wiederum völlig alogische und verschrobene Antworten, etwa auf die Frage, ob sie wählen wolle: "Da bin ich zu alt zu, da muß man ja schon 21 sein". Interessant auch ihre Angabe, sie sei früher (vor der Erkrankung) "feinfühlig" und "mutig" gewesen, sie sei gern mit Kindern umgegangen und habe "alles mitgemacht".

Epikrise:

Beginn im Alter von 13 Jahren mit hypochondrischen Ängsten und Befürchtungen. Der Anfallscharakter dieser Angstzustände sowie das stark wechselnde Verhalten der Pat. (schrie zeitweise pausenlos, wälzte sich auf dem Bett, streckte die Glieder starr aus und begann zu zucken und die Augen zu verdrehen, zeitweise war sie völlig unauffällig, vergnügt und kontaktfähig) führte zur Diagnose "Psychogene Anfälle" (Grande hystérie). Der weitere Verlauf und die Nachuntersuchung (9 Jahre nach Ausbruch der Erkrankung) macht eine blande verlaufende Hebephrenie mit Ausgang in sehr schlechte Sozialremission wahrscheinlich. Der psychogen-hysterisch wirkende Zustand im Alter von 13 Jahren muß somit als erster Schub mit anschließender langsam fortschreitender Versandung aufgefaßt werden.

4.4.2. Schleichend chronischer Verlauf

4.4.2.1. Schleichend chronischer Verlauf mit guter Remission Patienten: 3 ml.

Fall a) Kr.Nr. 149/61; ml.

Katamnestiche Frist: 5 Jahre

Familienanamnese:

Onkel mütterlicherseits mit 14 Jahren Suizid.
Großmutter mütterlicherseits Suizid.
Großtante mütterlicherseits Suizid. Mutter 2mal in psychiatrischer Anstalt ("Psychopathie")

Milieu:

Beide nach 1. Ehe geschiedene Eltern wollen sich scheiden lassen. Vater Trinker, Straßenmusikant auf der Reeperbahn

Konstitution: unbekannt

Eigenanamnese: voreheliche Geburt

Praemorbid:

schüchtern, einmal sitzengeblieben (mangelnde Mitarbeit), artig, IQ 95 (HAWIE)

Beginn: 9 Jahre, schleichend

Psychopathologisches Bild:

Zunehmend scheu, unmotiviertes Fortlaufen und grundlose Eigentumsdelikte, sinnloser Zerstörungsdrang, schwänzte die Schule, onanierte viel, aggressiv, gefährlich. Zunehmende Isolierung. Schließlich gefühlsmäßig kaum noch beeindruckbar. Mit 13 Jahren Aufnahme in einem psychiatrischen Krankenhaus. Mangel an affektiver und gemütsmäßiger Ansprechbarkeit sowie Resonanz- und Rapportfähigkeit. Verschllossen, völlig isoliert. Sprache undeutlich, Gesichtsausdruck wenig moduliert. Haltung schlaff. Bewegungen eckig, steif. Kliniksaufenthalt in Marburg 3.6.61 bis 2.12.61. Wiederholt unter Einfluß imperativer Stimmen, Suizidversuche, Wahnideen, häufig kataton stuporöse Zustände. Deutlicher Defekt auf affektivem Gebiet. Sein Verhalten in relativ guten Zeiten: läppisch ("halten Sie mich, ich kann nicht mehr, bringen Sie meinen Kopf gerade, mein linkes Bein muß geschient werden"). Sexuell enthemmt. In schlechteren Zeiten: Gespannt, mißtrauisch, ängstlich. Nach 15 ES und 28 Comata ungebessert zurückverlegt.

Diagnose: Schizophrenie (Defekt)

Therapie: 16 ES, 20 Insulinkomata

Katamnese:

Im psychiatrischen Krankenhaus Strangulationsversuche, Selbstbeschädigungen. Akustische und olfaktorische Halluzinationen, Gedankenabreißen, Gedankenlautwerden, Denkerfahrenheit, Wahnideen, erhebliche Nivellierung der Persönlichkeit auf dem Gebiet des Antriebs, des Affektes. Unter der Therapie von Lyogen 1963 allmähliche, aber stetige Besserung. Pat. fühlte sich gut, arbeitete mit, war einsichtig. Im Gegensatz zu früher sauber und gepflegt, so daß im August 1964 Entlassung möglich war. Nach Entlassung als Arbeiter in einer Papierfabrik beschäftigt, am 1. Mai 1965 zur Binnenschifffahrt. Ende 1965/Anfang 1966 wieder Verschlechterung, schlechte soziale Anpassung, Nikotin- und Alkoholsucht, sexuelle Enthemmung, nachlässig in Kleidung und Körperpflege.

Epikrise:

Mit 9 Jahren schleichend beginnende Erkrankung eines mit Suiziden und Psychopathen in der Aszendenz belasteten prämorbid schüchternen und nur mäßig intelligenten Jungen aus asozialem Milieu. Schnelle und starke Persönlichkeitsabwandlung im Sinne eines ausgeprägten Defekts, besonders auf affektivem Gebiet. Im Alter von 15 Jahren erstaunliche Aufwärtsentwicklung: der bis dahin unter Einfluß psychotischer Erlebnisse stehende und stark wesensveränderte Junge konnte aus der psychiatrischen Betreuung entlassen werden (einsichtig, sauber, gepflegt, gute Führung an der neuen Arbeitsstelle). Remission scheint jedoch nicht beständig (gegenwärtig wieder Verschlechterung, Alter: 18 Jahre). Insgesamt wahrscheinlich schlechte Sozialremission.

Fall b) Kr.Nr. 753/53; ml.

Katamnestische Frist: 12 Jahre

Familienanamnese:

Schwester des Vaters schwachsinnig; Großmutter väterlicherseits haltschwach, drohte mehrmals mit Selbstmord; 2 Cousinsen der Mutter schizophren

Milieu:

Vater erfolgreicher Kaufmann. Von der Mutter (bei der Nachuntersuchung des Pat.) als sehr empfindsam, feinführend, hochgeistig und musikalisch geschildert. Mutter ebenfalls sehr geistreich, redegewandt und temperamentvoll, feinsinnig, aber kühl, etwas überspannt. Ehe der Eltern wurde zur Zeit des Beginns der Erkrankung des Pat. geschieden.

Konstitution: pyknisch-leptosom (gem. eigener Untersuchung)

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid:

gut begabt (Gymnasiast), kontaktfähig. Viele "geistige" Interessen, jedoch sehr ich-bezogen

Beginn: 14 Jahre, knickhaft

Psychopathologisches Bild*):

Zunehmend Schulschwierigkeiten, Konzentrationsstörungen, Interesseverlust, Minderwertigkeitsideen, Kontaktschwierigkeiten. Suizidversuche. Zunehmend aggressiv, sprunghaft in Gedanken, unstet im Handeln, Logorrhoe, Verfolgungsideen, Mißtrauisch. Nachts "Visionen von Einbrechern". Erregungszustände, subtypische Verhaltensweisen, behauptete plötzlich, ein Idiot zu sein, nicht mehr denken, schreiben und lesen zu können. Nahrungsverweigerung, äußerte, sich nicht mehr so freuen zu können wie früher. Juni 1953 Zwangsvorstellungen, zunehmend ungezogen, rücksichtslos, ungehemmt. Während der Klinikbeobachtung vom 17.8.53 bis 17.1.54 salopp, unbekümmert, nonchalant, zeitweise ausgesprochen läppisch, affektiv flach, hypochondrische Beschwerden, keine Bindung an irgend einen Menschen. Stereotyp immer wieder dieselben Fragen ("gibt es das, daß kräftige Männer ohne Bewegung dick werden?", "schwitzt man viel, wenn man kräftig ist?" "Muß man sich jeden Tag das Genitale waschen?"), zeitweise gespannt, aggressiv, flegelhaft. Nach Entlassung zunächst als Hilfsarbeiter zu Hause in der väterlichen Fabrik. Wieder Verschlechterung des Zustandes. Selbstmordabsichten. Suizidversuch. Läppisch euphorisch, gespannt, negativistisch, Beziehungsideen, Suizidideen, Selbstbeschuldigungs- und Nichtigkeitsideen.

Diagnose: Schizophrenie

Therapie: 20 ES, 30 Insulinkomata

Nachuntersuchung (19.9.65): Alter d.Pat.: 29 J.

Die katamnestischen Daten wurden aus Gesprächen mit dem Pat., seiner Schwester und seiner Mutter gewonnen. Nach der Entlassung 3jährige kaufmännische Lehre im Eisenwarengroßhandel; 1 Jahr Eisenwarenen-Fachschule. Danach 2 Jahre Eisenwarengroßhandel im väterlichen Unternehmen. Dort Schwierigkeiten wegen Mißtrauens und Selbstüberschätzung. Seit 2 Jahren im Eisenwarengroßhandel eines anderen Unternehmens. An der Vervollkommnung seines Bratschenspiels gearbeitet; intensiv Sprachen gelernt auf Betreiben der Schwester. Seit der Entlassung einmal stärker psychotisch (1961). Vorstellung, an einer zerstörenden Krankheit zu leiden, sammelte Zeitungsausschnitte als Beweise, glaubte, seine Kollegen anzustecken, war unkorrigierbar, unbeherrschbar, auch nach gründlichen ärztlichen Untersuchungen. Kapselte sich ab. Schließlich überzeugt, von seiner Krankheit in spätestens 2 Wochen zerstört zu werden. Spricht jetzt nicht mehr davon, behauptet seit etwa 2-3 Jahren, daß er schlechten Geruch verbreite. Deshalb kaufe man bei ihm nicht. Es tropfe dauernd bei ihm aus der Harnblase, trägt deshalb komplizierte Auffangvorrichtung. Glaubte eine Zeitlang, geschlechtskrank zu sein. Zeitweise traurige Verstimmungen "Ich

*) Die anamnestischen Angaben wurden bei der Nachuntersuchung erheblich vervollständigt, so daß aus ihnen und dem sich bei der Nachuntersuchung ergebenden Bild des Pat. die Diagnose Schizophrenie gesichert werden konnte.

komme manchmal an den Rand, in eine seelische Lage, wo ich aufpassen muß, wo ich die Beherrschung verliere, ich komme dann in eine Art Dämmerzustand, wo ich nicht mehr klar denken kann", glaubte dann, er sei "bescheuert". Es lohne sich nicht weiter zu leben; dann Selbstmordabsichten, auch Angstzustände. Könne keine innigen und herzlichen Gefühle zu anderen Menschen hegen. (Darüber traurig?) "das ist der Grund meiner Nervenkrankheit". Wenn er die Möglichkeit habe, seinen "Gesellschaftstrieb zu befriedigen", entstehe in ihm das Gefühl der "seelischen Leere", "man könnte sogar darüber irre werden". "Man empfindet einen Mangel". Im Antrieb nicht nachgelassen, Wille vorsichtig und bedächtig, "ich bin ein gespaltenen Mensch", "ich weiß, daß mein Ich gespalten ist" (etwa apollinisch und dionysisch oder zwischen "Tiefe und Oberflächlichkeit"). Gedankengang äußerst sprunghaft, Neigung zum Faseln und Allgemeinplätzen, stellte ähnliche hypochondrische läppische Fragen wie zur Zeit seines Klinikaufenthaltes. Sprachstil nicht selten geschraubt, maniert, nichtssagend. Verhalten Fremden gegenüber wechselnd zwischen mißtrauisch-scheuer Zurückhaltung und aufdringlicher Distanzlosigkeit. Mangelndes Geschick und Einfühlungsvermögen, Neigung zu erheblichen Taktlosigkeiten. Berichtet hemmungslos von den intimsten Dingen (sagte zu seiner ebenfalls musizierenden Freundin, nachdem er ihr einen Heiratsantrag gemacht hatte, er wolle erst noch "andere Frauen ausprobieren"). Zeichen merkwürdiger uneinfühlbarer Verschrobenheit (sagte z.B. plötzlich beim Musizieren "Ich gebrauche Eierschampoo"). Häufig egozentrisch, rücksichtslos, affektlabil, unausgeglichen, leicht erregbar, aufwühlbar, hat keine "Distanz zu sich selbst". Zuwendung zu den Angehörigen sprunghaft wechselnd, mal anhänglich, mal abweisend, plötzlich patzig, in der nächsten Minute wieder liebevoll und freundlich. Ambivalent (zur Mutter: "ich liebe Dich", aber sofort darauf "ich hasse Dich"). Die Mutter meinte, er könne sich nicht freuen, sei unbeständig in seinen Handlungen und Zielen, äußere ab und zu völlig aus der Luft gegriffene Ziel- und Wunschvorstellungen. Neigung zu Versagenszuständen.

Epikrise:

Vorwiegend hebephren gefärbte Psychose mit knickartigem Beginn im Alter von 14 Jahren. Mit etwa 17 Jahren eintretende stetige Besserung. Im Alter von 24 Jahren kurzzeitig stärker psychotisch wirkend. Bei der Nachuntersuchung (14 Jahre nach Beginn der Psychose) breites Spektrum leichter, aber sehr vielfältiger Wesensauffälligkeiten auf den verschiedensten Gebieten. Befriedigende bis gute Sozialremission

Fall c) Kr.Nr. 1152/59; ml.

Katamnestiche Frist: 6 Jahre

Familienanamnese: o.B.

Milieu: Textilwarengroßhandel

Konstitution: unbekannt

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid: Einzelkind, sehr guter Schüler, still, etwas ängstlich

Beginn: 11 Jahre, schleichend

Psychopathologisches Bild:

Wesensänderung, widersetzlich, wollte immer die gleichen Speisen essen, stets dieselben Kleidungsstücke tragen, zunehmend still, Kontakt immer schlechter. Schließlich Stuporzustände, Wahnideen, merkwürdige Verhaltensauffälligkeiten: hielt seinen Stuhl zurück und beschmierte sich, entwickelte zwanghafte Pederasterie beim Zurechtlegen der Kleider, was nach einem Stunden dauernden Ritus geschah. Entwickelte Zwänge im Ablauf des morgendlichen Aufstehens und Waschens. Wurde immer schwieriger, sonderbarer, autistischer. Uneinfühlbare Gewohnheiten, an nichts mehr Interesse. Während anschließender Kliniksbeobachtung negativistisch, substuporös, mißtrauisch, steifer, marionettenhafter Gang, beschäftigte sich nicht. Nach kurzdauernder Besserung erneute Verschlechterung, zunehmend läppisch, befahl den Eltern, die unmöglichsten Dinge zu tun (die Tür häufig hintereinander zu öffnen und zu schließen, den Vorhang auf- und zuzuziehen, entwickelte selbst zwanghafte Riten (näherste und entfernte sich mehrmals in stereotyper Weise von seinem Stuhl, um ihn dann im Sprung zu erreichen, einige Zeit regungslos zu verharren und dann wieder von neuem zu beginnen). Während der Kliniksbeobachtung in Marburg vom 20.11.59 bis 11.8.1960 kontaktarm, affektiv nur wenig schwingungsfähig, antriebsmäßig ausgesprochen schwunglos, gedrückt, ängstlich, mißtrauisch.

Diagnose: Mit Defekt geheilte Schizophrenie

Therapie: Phasein forte

Katamnese:

Während der nächsten 3 Jahre Internat, stark auffällig. Pat. tyrannisierte Eltern in den Ferien mit unsinnigem, zwanghaftem Verhalten. Sie mußten z.B. so lange starr an einem Fleck stehenbleiben, während er unmotivierter Bewegungen mit den Armen ausführte und leise unverständliche Worte vor sich hin murmelte, bis er sagte "gut". Kurz danach Wiederholung des unsinnigen Treibens. In der Schule (Internat, in Normalschule nicht tragbar) hervorragende Leistungen (IQ=121/106), jedoch langsam. Nach kurzdauernder Besserung im Jahr 1964 (sorgfältige Kleidung, Waschen, sogar Zeichen von Liebebedürftigkeit). Anfang 1965 erneute Verschlechterung mit Herumstreunen, völlige Verwahrlosung, Suizidversuch, vermehrten unsinnigen, uneinfühlbaren Handlungen.

Epikrise:

Die im Alter von 11 Jahren schleichend beginnende Psychose ist bei dem schon prämorbid auffälligen, aber hochintelligenten Jungen durch fast ausschließliches Hervortreten eigenartiger Zwangs- und Ritualsymptome bei Fehlen von Denkstörungen oder Halluzinationen gekennzeichnet. Der weitere Verlauf der Erkrank-

kung ist neben den die Umgebung tyrannisierenden Zwangs- und Ritualhandlungen durch eine fortschreitende Persönlichkeitsabwandlung im Sinne des Autistischen, Schrullig-Sonderlingshaften und affektiv Verarmten charakterisiert. Dabei hervorragende Schulleistungen. Befriedigende Sozialremission.

W.SPIEL fand bei den von ihm untersuchten 40 kindlichen und praepuberalen schizophrenen Pat. 4 ähnlich geartete Fälle, deren Verlaufsform er besonders heraushebt.

4.4.2.2. Chronisch wechselvoller Verlauf mit Rückkehr auf
das prämorbide Persönlichkeits-Niveau
Patienten: 1 wl., 1 ml.

Fall a) Kr.Nr. 2011/53; ml.

Katamnestiche Frist: 12 Jahre

Familienanamnese:

Onkel mütterlicherseits soll vorübergehend im Jünglingsalter
in Heilanstalt gewesen sein.

Milieu:

Vater früh verstorben, Mutter warmherzig, gutmütig, lebhaft

Konstitution: pyknisch (gem. eigener Untersuchung)

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid: Einzelgänger, sondert sich ab, sehr guter Schüler

Beginn: 9 Jahre, schleichend

Psychopathologisches Bild:

Zunehmend auffällig, beschimpfte die Mutter mit unverschämten
Worten, wiederholt stereotyp obszöne Ausdrücke, wackelte ste-
reotyp mit dem Kopf. Mit 10 Jahren Rollenspiel (zelebrierte
als Erzbischof die Messe oder spielte den Narren), tat alles,
was andere Kinder von ihm wollten, steckte Abfall in den Mund,
aß auf Geheiß Baumrinde, zog oft grölend und singend (z.B. im
Februar Weihnachtslieder) mit 40-50 Kindern hinter sich, wie
"der Rattenfänger von Hameln" durch die Straßen, zog Mantel
und Schuhe aus, brachte seiner Garderobe, die er an einem Baum
aufgehängt hatte, ein Ständchen. Sonst saß er zu Hause herum,
beschimpfte die Mutter, arbeitete nichts, wusch sich nicht.
Mit 14 Jahren glaubte er, Nachkomme Adolf Hitlers zu sein.
Seine Mutter sei nur zu seiner Pflege da. Wenn er den Kopf hin-
und herbewege, meinte er, daß Steine darin seien.
Während der Kliniksbeobachtung in Marburg vom 30.3.1965 bis
10.8.1954 bot Pat. das Bild einer versandenden Hebephrenie,
affektiv flach, nicht beeindruckbar, lustlos ohne Interesse,
aspontan, läppisch, blöde lachend, ohne Kontakt. Formale In-
telligenz gut. Äußerte gelegentlich, er sei der liebe Gott,
die Welt werde demnächst untergehen, nur er werde am Leben
bleiben.

Berufswunsch: "Dummer August im Zirkus".

Heiratswunsch: "Reiche oder gelähmte Frau", damit sie nicht
hinter ihm herlaufen könne. Pat. dichtete, malte stundenlang
mit nie erlahmender Ausdauer im Gegensatz zu seiner sonstigen
Aspontaneität und Lustlosigkeit (charakteristisch: groteske
Plattitüden, skurrile Einfälle nebeneinander). Nach 5 ES und
14 Comata unge bessert entlassen.

Diagnose: Hebephrenie

Therapie: 5 ES, 14 Comata

Katamnese (Angaben der Mutter):

Im weiteren Verlauf immer sonderbarer, so daß 1956 Unterbringung für 1 1/2 Jahre in einem psychiatrischen Krankenhaus notwendig wurde. Dort keine Arbeitstherapie möglich, äußerte "sein Gehirn ginge ihm laufen" und ähnliche hypochondrische verschrobene Ideen. Seit 1958 wieder zu Hause bei seiner Mutter (Witwe), die in bewunderungswürdiger Weise sich ihrem einzigen Kind widmet und mit warmherziger Liebe und differenziertem Verständnis auf die krankheitsbedingten Eigenarten und Schrullen des Sohnes eingeht. Ohne das wäre ein Leben des Pat., wie die Nachuntersuchung zeigte, außerhalb der Anstalt nicht möglich. Leichte Hausarbeiten (Geschirrabtrocknen, Staubwischen), Fernsehen, Spaziergehen, Zeitunglesen.

Nachuntersuchung (8.9.65): Alter d.Pat.: 28 J.

Steife, leicht vornübergebeugte Haltung, Bewegungen langsam, etwas linkisch. Gang leicht schlurfend. Mimik starr und unbewegt, buddhahaft; langsame, gedehnte monotone Stimme ohne Ausdruck und ohne Modulationsfähigkeit. Kontakt zwar herstellbar. Pat. gibt bereitwillig Auskunft in knappen Antworten, jedoch anschließend in seine unbeteiligte, apathisch phlegmatische Haltung zurücksinkend, wirkt ausgesprochen lahm. In der Stimmung gleichmütig eintönig ohne Schwung und Initiative. Muß immer wieder durch Fragen angestoßen werden. Haftet an dem einmal angeschnittenen Thema, berichtet darüber ohne inneren Zusammenhang. Auf die Frage, was er zu Hause getan hätte: "Was soll ich schon tun?" Überraschenderweise aber auch sagt Pat., er sei zeitweise innerlich unruhig, weil unbefriedigt, "weil man nichts zu tun hat", weiß jedoch auf Einwendungen nach einem langen ratlosen Blick schließlich mit einem grinsenden Lächeln wieder nur zu sagen "was soll ich denn tun", und auf die Frage, wozu er denn Lust hätte, "weiß ich doch auch nicht". Zu keinem Menschen besonders innige Beziehungen, auch nicht zur Mutter, deren Tod ihn auch nicht berühren würde ("eigentlich nicht"). Auch als ihm u.a. die finanzielle Situation nach dem Ableben seiner Mutter vor Augen gehalten wurde, blieb das ohne Wirkung. Obwohl Pat. gemütsmäßig abgestumpft, gutmütig, von außen leicht beeinflussbar ist, hat Pat. ab und zu Streit mit Mutter, "wenn es nicht so nach meiner Mütze geht", (Launen?) "Da sag' ich gar nichts, setz' mich in die Ecke" und "ja manchmal, daß es mir noch zu lästig ist, aufzustehen und ein Brot zu essen", bleibe dann im Bett liegen. Ebenso kindlich wie die mitgebrachten Zeichnungen war seine Äußerung auf die Frage, was er tun würde, wenn ihm alle Möglichkeiten offenstünden: "ein großes Schloß bauen, mit einem Park drum herum und einen Springbrunnen drin". Einfache Rechenaufgaben schnell und sicher gelöst. Zuweilen merkwürdige Umwege (Hauptstadt von England?), "da, wo die Köchin herkommt". Bienen Geschichte auch nach wiederholtem Erzählen nicht wiedergegeben; Bilder in allen Einzelheiten geschildert, aber nicht als Sinnzusammenhänge erfaßt.

Epikrise:

Schleichende Verlaufsform im 9. Lebensjahr, allmählich beginnend mit langsam fortschreitender Versandung. Sehr schlechte Sozialremission (hebephrener Defektzustand).

Fall b) Kr.Nr. 1111/58; wl.

Katamnestische Frist: 7 Jahre

Familienanamnese:

Großvater mütterlicherseits Suizid; Schwester der Mutter Suizid; Mutter wenig schwingungsfähig, kontakteingeschränkt, affektkalt.

Großvater väterlicherseits: fraglicher Suizid; Schwester des Vaters vorübergehend in Anstalt; Vater wahrscheinlich Suizid.

Milieu:

Trübe, pädagogisch mangelhafte Familienatmosphäre, die Mutter über ihre Tochter: "Den Doofen passiert ja nichts".

Konstitution: unbekannt

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid:

schüchtern, anhänglich, feinfühlig, empfindsam, mittlere Oberschülerin

Beginn: 12 Jahre, schleichend

Psychopathologisches Bild:

Mit 6 Jahren viel geweint, schlecht geschlafen. Mit 12 Jahren "Internatsdepressionen" (weinte viel ohne Grund). Mit 13 Jahren nach dem Tod des Vaters übermäßige Betriebsamkeit, grübelte viel, beschäftigte sich sehr mit religiösen Fragen ("Man muß an den Herbst des Lebens denken"), prinzipienhafte Lebensregeln, rebellierte vermehrt gegen die Mutter. Zeitweise läppisch, albern, maniert, öfters "wie verträumt", zeitweise unruhig, redete verworren. "Wochenlang war sie ganz normal". In der folgenden Zeit abwechselnd völlig unauffällige Phasen und bis zu 8 Tagen dauernde Verstimmungszustände. Mit 16 Jahren (1958) starker auffällig, läppisch maniertes Gebaren (sprach geziert, fing im Unterricht plötzlich an zu singen oder legte die Beine auf den Tisch unter Berufung auf die gesetzlich garantierte persönliche Freiheit), Erregungszustände (hielt einmal die Mutter 3 Stunden fest, drohte ihr einen Knebel in den Mund zu stecken; wollte u.a. ein Messer haben, um sie umzubringen). "Unheimliche Angst", sprach von Gott "dem Spielleiter der Welt", alles kam ihr verändert vor, meinte, von Gott einen Auftrag zu haben, etwas Entscheidendes zu tun. In der Klinik Zeiten, in denen Pat. ausgesprochen läppisch maniert, gestelzt, distanzlos und enthemmt war, mit merkwürdigen ideologischen Gedankengängen und verblasenen inhaltlosen Allgemeinplätzen, skurrile

Zeichnungen malend (die die Gesetze im Menschen darstellen sollten) und mit anderen Zeiten, wo sie still zurückgezogen sich mit nichts mehr beschäftigte, abwechselnd mit ratlos-trotzigem Gesichtsausdruck herumsaß. Gelegentlich andererseits überraschend feinsinnige, einführende Antworten. Schließlich Putzzwang (putzte stundenlang Tag für Tag jede einzelne Kachel des Fußbodens; wurde nie fertig und äußerte mit gedehnter Stimme "Ooch, nöö langweilig ist das nicht"). "Studierte" stundenlang in einem Übungsbuch für Gitarre, ab und zu an einer Saite zupfend, ohne es je auch nur zu einer Tonleiter zu bringen, be-richtete aber mit großem Ernst über ihre Übungen, oder saß stundenlang dabei, mit ganz kleinen Buchstaben sechs Namen von Politikern aus der Zeitung abzuschreiben.

Sie begabte (IQ 118) und früher sehr kunstsinnige Pat. sagte über sich selbst "Mein Talent hat überhaupt nachgelassen in dieser Zeit, das merke ich ganz genau ... es wird alles weniger, es ist nicht mehr so viel da", alles interessiere sie nicht mehr "ooch, ich bin nicht mehr so schnell begeistert, .. jetzt bin ich vernünftiger". *)

Bis Juli 1961 dauernd in klinischer Behandlung wegen Erregungs-zuständen mit paranoiden Wahnideen, gab an, zu Beginn der Erkrankung Stimmen gehört zu haben. Affektiv verarmt, antriebslahm, ohne Initiative, läppisch; schlampig und unsauber. Ab Spätsommer 1961 (August bis Dezember) Besuch einer Werkkunstschule, Aufnahmeprüfung trotz fehlender Lehre sehr gut bestanden. Im Dezember 1961 zunehmend unruhig, aggressiv, unbeständig, Beziehungsideen, wahnhaftes Zuneigen zu einem "Freund", zu dem sie plötzlich reisen wollte. Redete verworren, Denkerfahrenheit. Seitdem dauernd in stationärer psychiatrischer Behandlung. Zeitweise anpassungsbereit, fleißig, leicht zu führen, zeitweise paranoid versponnen mit Neigung zu unsinnigen Handlungen. Affektiv deutlich nivelliert, gleichgültig ("ja ooch, da war ich eben krank") ohne Wärme, antriebsarm, wenig spontan, Leistungen dürftig, Malereien durch Verschrobenheiten, inhaltliche Leere und Einfallsarmut gekennzeichnet. Von Dezember 1962 bis Februar 1963 stärker psychotisch (kataton-stuporöse Zustände mit Wahnideen (Halluzinationen fraglich), Mutismus, Negativismus, Nahrungsverweigerung, kataleptischen Haltungen und zeitweise stärkeren Erregungen mit Aggressionen.

Diagnose: Verdacht auf Schizophrenie

Therapie: 13 ES, 18 Komata

Epikrise:

Auffallend stark (vorwiegend mit Suiziden) belastete Familie; bereits mit 6 Jahren depressive Phase wahrscheinlich, mit 12 Jahren erneut depressiv; im Alter von 13 Jahren maniformes Zustandbild, übergehend in kurzphasige (bis zu 1 Woche andauernde)

*) Im Verlaufe seiner schizophrenen Erkrankung kommt der früher scheue, in sich gekehrte, an sich und der Welt leidende F. Hölderlin zu einer ähnlichen ihm befriedigenden Feststellung über sich selbst: "... darf ich wohl sagen, daß ich ... fester und sicherer geworden bin" (zitiert nach K.JASPERS: STRINDBERG und van GOGH).

Verstimmungen mit dazwischen liegenden symptomfreien Intervallen. Mit 16 Jahren bot Pat. hebephrenes Bild, erste Defektzeichen 4 Jahre nach Erkrankungsbeginn. In den folgenden 3 Jahren fast dauernd stationär behandelt wegen starker Erregungs- und Unruhezustände mit paranoiden Wahnideen und Suiziddrohungen. Ausgeprägter Defekt. Danach erstaunliche Aufwärtsentwicklung von allerdings beschränkter Dauer. Nach 1/2 Jahr erneut psychotisch. Seitdem im Verhalten schwankend, vor 3 Jahren nochmals für 3 Monate stark schizophren-psychotisch. Z.Zt. schlechte Sozialremission.

Interessant an diesem Verlauf ist der rein phasische Beginn wahrscheinlich im Alter von 6 Jahren, sicher aber vom 12.-17. Lebensjahr. Von da ab Fortschreiten im Sinn einer endogenen Prozeßpsychose jedoch mit zeitweise erstaunlichen Aufwärtsentwicklungen.

4.4.2.3. Schleichend-chronischer Verlauf mit Ausgang in schweren Defekt
Patienten: 2 wl.; 2 ml.

Fall a) Kr.Nr. 1411/56; ml.

Katamnestiche Frist: 8 Jahre

Familienanamnese:

Vetter der Mutter mit 15 Jahren Suizid; Kind einer Cousine der Mutter mehrfache Suizidversuche

Milieu:

Vater Fabrikbesitzer, tatkräftig, energisch, als Kind gehemmt, Mutter aus alter Patrizierfamilie, asthenisch, kontaktschwach

Konstitution: unbekannt

Eigenanamnese: zweites von vier Kindern, spätes Sprechenlernen

Praemorbid:

still, gehemmt, scheu, verträumt, gutmütig, Einzelgänger. In der Schule trotz guter Leistungen überängstlich, ehrgeizig, WC-Angst

Beginn: 10 Jahre, schleichend

Psychopathologisches Bild:

Pat. zog sich zurück, saß herum, Interesseverlust, kaum noch gesprochen, merkwürdige gebeugte Haltung, besah dauernd seine Finger, Nägelknabbern, plötzlich frech und aggressiv. Mimik ausdrucksarm, Bewegungen steif, "wie aufgezogen". Angst, Mißtrauen vor allem Unbekannten. Nicht allein auf WC. Nach kurz=dauernder Besserung (Versuche der Kontaktaufnahme, Auflockerung, Antriebsvermehrung, Umweltzuwendung), im Oktober 1956 Verschlechterung: starke Sexualängste, unmotiviertes, zusammenhangloses Reden, schrilles Auflachen, völliger Kontaktverlust. Auch während Klinikaufenthalt (31.12.1956 bis 7.11.1958) Bild wechselnd: kataton-stuporöse Zustände mit kataleptischen Hal= tungen, Negativismus, Mutismus. Selten Selbstgespräche (ganze verständliche Sätze, allerdings völlig uneinfühlbaren Inhalts); zeitweise kontaktbereiter, Zeichnungen. Keine stetige Besse= rung, immer wieder stuporös-katatone Erregungszustände. Schließ= lich immer teilnahmsloser, affektiv lahm, ohne Initiative, sex= uell stark enthemmt, völlig autistisch. Neurol., Liquor und PEG o.B.

Diagnose: Schizophrenie

Therapie: 20 ES, 25 Komata, Sedaraupin

Katamnese:

Verlegung in ein psychiatrisches Krankenhaus. Dort anfänglich Beschäftigungstherapie möglich (Klammerwerkstatt), antwortete vereinzelt auf Fragen, ohne echten Umweltkontakt. Seit 1963 mutistisch, völlig antriebsverarmt, autistisch, unordentlich in Kleidung, Beschäftigungstherapie nicht mehr möglich.

Epikrise:

Mit 10 Jahren einsetzende Wesensänderung des bereits prämorbid stark auffälligen Kindes. Im Alter von 11 Jahren auffällige Besserung: Der völlig autistische und mutistische Junge gab seine gebeugte, verkrampfte Haltung auf, wurde antriebsreicher (malte, schrieb Briefe) und kontaktfreudiger. Nach wenigen Monaten wieder starke Verschlechterung. Im weiteren Verlauf (unter intensiver Behandlung) wechseln psychotische Phasen (katon-stuporöse Zustände mit völligem Kontakt- und Antriebsverlust, nie Wahnideen oder Halluzinationen!) mit besseren Zeiten ab.

Schließlich jedoch Übergang in konstanten schweren Defekt (schwere Versandung). Der unauffällige neurologische, Liquor- und EEG-Befund ebenso wie fehlende anamnestic Hinweise eine postencephalitische Demenz aus. Beurteilung: in schwere Versandung ausgehende kindliche Schizophrenie mit im Vordergrund stehendem hochgradigem Beziehungsverlust, Sprachzerfall und motorischen Störungen bei Fehlen von Halluzinationen und Wahnideen.

Fall b) Kr.Nr. 190/48; wl.

Katamnestiche Frist: 17 Jahre

Familienanamnese: o.B.

Milieu:

Vater früh verstorben, Mutter überbesorgt, sieht bevorzugt das Negative, rechthaberisch, schwierig im Umgang

Konstitution: leptosom (gem. eigener Untersuchung)

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid: ängstlich, gute Schülerin (Klassenbeste)

Beginn: 10 Jahre, schleichend

Psychopathologisches Bild:

Interesseverlust, zunehmend phlegmatisch, unselbständig, in Leistungen erheblich nachlassend, Verlust des logischen Denkens, unsauber, gehemmt, scheu, Kontaktverlust, ängstlich, mißtrauisch. Verhalten läppisch, linkisch ungeschickt. Plötzlich Spiele mit Puppen und kleineren Kindern (Regression), ließ sich ausnutzen. Im Verlauf eines Jahres antriebs- und interesselos, affektiv-leer, ohne innere Bindung an die Mutter, die sie ein-

mal wahnhaft schreckhaft verkannte ("da bist du Ungeheuer ja schon wieder"). In der Klinik (28.4.1948 bis 21.5.1948) abweisend schnodderig, teilweise läppisch antriebsarm, kontakteingeschränkt, unmotiviertes Lachen. Äußerte, sie habe noch nie Mitleid gehabt, gab an, sie habe zu Hause aus der elektrischen Leitung "eine Beeinflussung gemerkt", es seien Strahlen herausgekommen, die sie an Kopf, Händen, Füßen, Herz, Brust und überhaupt überall hin getroffen hätten, dann voller Angst aus dem Zimmer gelaufen und richtige Strahlen im Dunkeln gesehen; das Ganze sei öfters vorgekommen, habe ihr aber nichts mehr ausgemacht.

Diagnose: Hebephrenie

Therapie: 12 ES

Katamnese:

Weiterhin optische und akustische Halluzinationen, Wahnideen, Todesängste, wechselnd katatone und stuporöse Zustände. Sexuelle Enthemmung. Unsauber, kotete und näste ein, beschmierte sich und das Bett mit Kot. Dabei schien sie trotz immer weiter fortschreitender affektiver Abstumpfung unter ihrem Zustand zu leiden: "Ach, Schwester, ich bin ja so arm dran, ich bin so furchtbar krank, helfen Sie mir doch" (1956) und in einem katatonen Erregungszustand 1959: "Feuer, Blut, Herrgott im Himmel, hilf mir, ich halte es nicht mehr aus, verdammt noch einmal laß mich los, nein, ich kann und will nicht mehr". Seitdem spricht Pat. kaum noch, lediglich einzelne, stoßweise ohne Zusammenhang hervorgebrachte Worte. Immer häufiger katatone Erregungszustände mit gellendem Schreien, singend, tobend, schlagend, zerstörend, abwechselnd mit stuporösen mutistischen negativistischen Verhaltensweisen. Seit zwei Jahren spricht Pat. nicht mehr, jedoch einige Tage, bevor Unters. sie sah, hat sie nach Aussagen der Schwester zusammen mit der Mutter Schubertlied mit Text gesungen.

Nachuntersuchung:

In läppischer Weise ins Zimmer getänzelt, Kopf zur Seite geneigt und gedreht, negativistisch-ambivalent. Sprach nicht, Kontakt nicht herstellbar.

Epikrise:

Mit 10 Jahren schleichend einsetzende bald zu einer erheblichen Nivellierung der Persönlichkeit führende Wesensänderung mit akuten psychotischen Episoden. Seit Jahren bestehende Defektkatatonie ("negativistische Defektkatatonie", K.LEONHARD).

Fall c) Kr.Nr. 39/61; ml.

Katamnestiche Frist: 5 Jahre

Familienanamnese:

Mutter Herzneurose, wiederholt "Nervenzusammenbruch", konnte dann kaum noch sprechen, zitterte am ganzen Leibe, jetzt leicht erregbar. Vater Einzelgänger.

Milieu:

Pat. lebte bei der Mutter (schuldlos geschieden), die wieder verheiratet ist, Stiefvater Angestellter, ordentliche Verhältnisse

Konstitution: athletisch (gem. Akte)

Eigenanamnese:

Nach Wiederaufnahme der Berufstätigkeit der Mutter: Enuresis vom 5.-11. Lebensjahr

Praemorbid:

verträumt, verspielt, Einzelgänger, wenig Kontakt. Als Kleinkind gefühlvoll, empfindsam

Beginn: schleichend, 1.Knick: 6-7 Jahre, 2.Knick: 11-12 Jahre

Psychopathologisches Bild:

Mit 6-7 Jahren starke Minderwertigkeitskomplexe, so daß Einschulungsversuche wiederholt mißglückten. Nicht anstrengungsbereit, aggressiv-oppositionell, Mutter hatte erstmals das Gefühl, daß Sohn krank sei. Mit 11-12 Jahren Verstärkung der Wesensauffälligkeiten: Sprunghaft, kam vom Hundertsten ins Tausendste, z.B. innerhalb 2 Minuten vom Vogelflug, Orientierungssinn der Vögel über die Sinnesempfindung der Pflanzen zu Adolf Hitler. Deutliche Gefühlskälte, Kontaktverlust, Weltverbesserungspläne. Mit 14 Jahren: heftige Wut- und Trotzreaktionen mit Aggressionen. Sprach stundenlang vom Unterbewußtsein, "von einer fremden Kraft" beeinflusst. Häufiges unmotiviertes Lachen, Mord- und Selbstmordabsichten. Mit 15 Jahren Briefe dunklen und verworrenen Inhalts. Während Kliniksbeobachtung (4.2.1961 bis 17.1.1961) Veränderungs- und Depersonalisations-, Beeinflussungs- und Bedeutungserlebnisse, Beziehungsideen, Unheimlichkeitsgefühle, optische und akustische Halluzinationen, Denkzerfahrenheit, verworrene Denkinhalte. Mimik und Gestik eingefroren. Berichtete selbst, sei "richtig stumpf geworden", "keine Freude" mehr, "alles egal". Gleichgültig, ratlos, spontan, ohne Kontakt. Durch Therapie mit Truxal und 15 ES frei von psychotischen Inhalten, im Denken kohärent und geordnet, jedoch antriebsarm entlassen.

Diagnose: Schizophrenie

Therapie: 15 ES, Truxal

Katamnese:

Nach mehreren gescheiterten Arbeitsversuchen wenige Monate später Rezidiv (Beeinträchtigungsideen, Erregheitszustände mit Morddrohungen, Denkverwirrenheit, meinte, daß von irgendwelchen Personen Strahlen ausgingen, von denen er getroffen würde. Seit Dezember 1961 fast ununterbrochen in stationärer psychiatrischer Betreuung unter dem Bild eines erheblichen schizophrenen Defektzustandes, mit bis Dezember 1965 anhaltender akuter psychotischer Symptomatik (Denkzerfahrenheit, Wahn=

ideen, Gedankenumwechseln, Depersonalisationserlebnisse, optische und akustische Halluzinationen, abnorme Körpersensationen, Erregungszustände, läppisch-infantiles Gebaren).

Epikrise:

Schleichender Beginn mit 3 deutlichen Knicken im 6.-7., 11.-12. und 14. Lebensjahr. Akute psychotische Symptome vom 14. Lebensjahr an, die in wechselnder Ausprägung bis vor kurzem manifest waren. Schwere Versandung.

Fall d) Kr.Nr. 1585/59; wl.

Katamnestiche Frist: 6 Jahre

Familienanamnese:

Großmutter mütterlicherseits "nervenkranke", leicht verstimmt, jammerte viel. Mutter: Suizidideen, zeitweise depressiv verstimmt.

Milieu: Einfache Verhältnisse, uneheliches Kind

Konstitution: unbekannt

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid: gute Schülerin, fröhlich, freundlich

Beginn: 13 Jahre, knickhaft

Psychopathologisches Bild:

Beginn mit lang anhaltenden depressiven Phasen mit Selbstbeschuldigungstendenzen trauriger Verstimmung, Gefühl der "Leere im Kopf" und des "Nicht-mehr-Denken-Könnens". Danach Umschlagen in submanische Gehobenheit mit Possenreißen und albernem Verhalten. Im weiteren Verlauf paranoide Wahnideen, imperative akustische Halluzinationen. Erzählte unter ständigem Kichern von der schrecklichen Angst, unter der sie leide, hypochondrische Beschwerden verschiedenster Art. Berichtete, daß sie Gedanken höre, die ihr sagten, sie müsse verrückt werden. Keine affektive Beteiligung, keine Beschäftigung, hochgradige Kontaktscham, äußerst mißtrauisch, glaubte, vergiftet und mit dem Messer umgebracht zu werden. Nach Behandlung mit ES, Insulin, Komata und Truxal wesentlich gebessert entlassen (gelegentlich Stimmen, jedoch kritische Stellungnahme, deutlich aufgelockert und zugewandter, aber noch kontakteingeschränkt).

Diagnose: Schizophrenie

Therapie: 8 ES, 12 Komata, Truxal

Katamnese:

Nach weiter anhaltender Besserung in den darauffolgenden Wochen (Wiederbeginn mit der Schule!) starke Verschlechterung: kataton-stuporöse Zustände, läppisch verschrobene Verhaltens-

weisen. Allmähliche Ausbildung eines schweren Defektzustandes mit völliger Antriebslosigkeit und affektiver Unberührbarkeit. Bis heute immer wieder häufige abwechselnd katatone und stuporöse Zustände.

Epikrise:

Beginn mit lang anhaltenden depressiven Phasen (insgesamt 1 1/2 Jahre) im Alter von 12-13 Jahren. Mit fast 15 Jahren anhaltende Besserung, die plötzlich in Rezidiv umschlug. Bis heute häufig wechselnd kataton-stuporöse Zustände. Sehr schlechte Sozialremission.

4.4.2.4. Psychotisch akzentuierte Wesensänderung, die später manifeste schizophrene Psychose einleitete und länger als ein Jahr bestand (JANZARIK)
Patienten: 1 wl., 2 ml.

Fall a) Kr.Nr. 168/58; ml.

Katamnestiche Frist: 8 Jahre

Familienanamnese: Schwester des Vaters endogene Psychose

Milieu: Beamtenfamilie, geordnete Verhältnisse

Konstitution: leptosom (gem. eigener Untersuchung)

Eigenanamnese: zweitgeborener Zwilling, bei Geburt scheinot

Praemorbid: Einzelgänger, sehr empfindsam

Beginn: 10 Jahre, schleichend

Psychopathologisches Bild:

Zunehmende Wesensänderung: Frech, Angstträume, flatterhaft, an Interesse nachlassend. Mit 13 Jahren Verstärkung der Wesensauffälligkeiten "ganz absonderlicher Gesichtsausdruck", "starrte, als wollte er einen umbringen", habe "leicht gesponnen", "Hirngespinnste", abstruse Ideen, sinnlose unmotivierter Handlungen (sprang z.B. plötzlich von den Schularbeiten auf, setzte sich in den Zug nach M., wo er sich nach Tagen der Polizei stellte, Grund lediglich: es sei "so über ihn gekommen". Stetig sich häufende Einbruch-Diebstähle und andere völlig unsinnige Eigentumsdelikte. Schon damals spürbarer Mangel an affektivem Tiefgang. Nach Verbüßung mehrerer z.T. längerer Jugendstrafen im Juli 1957 Idee, als Einsiedler leben zu wollen, unterschlug hohe Geldsumme, kaufte sich Zelt und Fernrohr, ging auf Reisen. Erneute Jugendstrafe, in deren Vollzug absonderliches Verhalten, verworrene Briefe. Daraufhin durchgeführte fachpsychiatrische Untersuchung ergab, daß Pat. unter Einfluß von Halluzinationen und Wahnideen stand. Schrieb in der folgenden Zeit völlig verworrene Tagebuchnotizen und Briefe mit uneinfühlbaren verschrobenen zusammenhängenden Gedanken, neologistische Wortneubildungen. Gedankengang zerfahren ("Ach ja, aber, ob ich die Hände anfasse, das hat keinen Zweck, sie sind zu weit unten, am Hals bin ich oben. Die Sache spitzt sich zu". (Wieso?) "Ja, wenn ich zum Beispiel einen Film sehe, dann komme ich der Situation näher, wenn ich aber wieder weglaufe, dann ist dies ein Risiko von 1 : 1000"). Fühlte sich von fremder Macht regiert. Nach insgesamt 8 ES und 20 Insulin-Comata deutliche Besserung.

Diagnose: Schizophrenie

Therapie: 8 ES, 20 Komata

Katamnese:

Nach etwa 10 Wochen im Oktober 1958 Rezidiv: Mordabsichten auf Grund paranoider Wahnideen. Denkzerfahrenheit. Von Januar 1959 bis Juli 1960 Aufenthalt in SBZ, Gärtner, uneheliches Kind. Kehrt "aus Abenteuerlust" wieder nach Hause zurück. Zwei Jahre später wieder auffällig: Drangvolle Unruhe mit Weglaufen. Legte in völlig unsinniger Weise einen Brand. Daraufhin Aufnahme in einem psychiatrischen Krankenhaus. Affektiv flach, läppische Stimmungslage, faseliger Gedankengang, völlige Uneinsichtigkeit, Getriebenheit. Mordabsichten (um vom § 51 loszukommen). Verworfene Briefe. Läppisch-distanzlos. Äußerst ungepflegt, antriebsgestört. Schließlich jedoch Besserung (nur anfänglich Ciatyl-Therapie), seit Entlassung 1963 als Arbeiter in Eisenfabrik.

Nachuntersuchung (13.1.1966): Alter d.Pat.: 26 J.

Pat. in mehrfacher Hinsicht auffällig: Kontakt mit dem leptomorphen, sehr gepflegt aussehenden Pat. zwar gut herstellbar, doch kein emotionales Mitschwingen; im Verlauf des ganzen Gesprächs gleichbleibend kühl, sachlich, ohne spürbare affektive Beteiligung, mit gleichbleibend starrer Mimik. Über sich selbst: Sei früher "gemütsempfindend" gewesen, "das möchte ich so als Plus bezeichnen", aber früh erkannt, daß "das ein Minus" sei. Zu keinem Menschen innige Beziehungen, sie seien "verflacht", "auch durch mein Verschulden". Der plötzliche Tod der Eltern würde ihn nicht beeindrucken, das habe er ihnen auch schon öfters gesagt, "das berührt mich gar nicht, obwohl eine gewisse geistige Verbundenheit da ist". (Heute noch zum Mord fähig?) "Ja", er könnte auch Untersucher umbringen, falls Untersucher ihn als gemeingefährlich ansehen und in eine Anstalt einweisen würde; kriminaltechnische Methoden kenne er genügend. Äußerst ambivalent (sagte zu Beginn der Unterhaltung, er habe sich über den Brief des Untersuchers gefreut, weil er so "freundlich" war, später, er habe sich aus demselben Grunde "geärgert", sei sogar "gereizt" gewesen). Neben diesen Gefühlsstörungen beherrschten Denkstörungen das psychopathologische Bild. Gedankenablauf sprunghaft, teilweise leicht zerfahren. Geriet immer wieder ins Stocken, beendete oftmals den Satz anders, als inhaltlich oder formal begonnen. Neigung zum Faseln ("die Ursachen liegen in der Tiefe und, möcht' ich sagen, hat schon als Kleinkind seine Ursache"). Logik gestört, wofür Pat. eine ganze Reihe von Beispielen bot. Z.B. auf die Frage nach seinen Zukunftsplänen, er habe keine, weil er sich für Politik interessiere, oder, warum er Striche auf die Karte an Dr.M. gemalt habe (Pat. hatte am Tage der Brandlegung völlig verwirrte Karte an Dr.M. geschrieben und hinter jedes Wort einen senkrechten Strich gemalt): "Dr.M. kannte mich, und ich kannte ihn, er kannte meine Krankengeschichte, das war für ihn geheimnisvoll. Das hat mich gefreut." So verstiegen die Gedankengänge, so uneinfühlbar sind seine Erlebnisweisen. Lieblingsbeschäftigungen: Beschneiden der Bäume (bevor er einen Ast abschneidet, versetze er sich in den Baum hinein), Aufsuchen von Friedhöfen und Leichenhäusern (hat eine Zeitlang als Totengräber gearbeitet, ziehe den Sektionsraum "einem guten Kinostück" vor, versuche, sich in die Leiche hineinzusetzen und stelle sich vor, wie sie verwese, wenn er dann an die Seele im Himmel denke,

müsse er lachen); Besuch von Teichen, um Schwäne zu füttern (sehe zwischen Tieren und Menschen keinen Unterschied). Pat. berichtete weiter, daß für ihn das Gespräch wie ein Film ablaufe, betrachte sich dabei als 3. Person, es komme ihm dabei auch vor, als ob manches bei ihm nicht ganz normal sei, doch mache er "nichts auf Schizophrenie". Nach Angstträumen befragt, erzählte Pat. von im Abstand von 2 Jahren auftretenden Zuständen - bislang etwa 3 bis 4 mal -, in denen er am ganzen Körper "so eine unheimliche Spannung" verspüre, als ob er "an ein Stromfeld angeschlossen" sei, er sei dann "wie erstarrt" und habe Angst. Abgesehen von den geschilderten Auffälligkeiten keine psychotischen oder Defektsymptome, insbesondere auf dem Gebiet des Antriebs, des Willens, der Arbeitsfähigkeit, der Konzentration und der Entschlußfähigkeit. Verhältnis zu Arbeitskollegen gut, aber Einzelgänger, mißtrauisch. Geht tanzen (nur in guter Gesellschaft), diskutiert mit Studenten, liest "Problembücher", nichts "Belangloses". Intelligenzprüfung: keine Auffälligkeiten.

Epikrise:

Mit 10 Jahren einsetzende schleichend fortschreitende Wesensänderung mit zweitem Knick im Alter von 13 Jahren. Im Alter von 18, 19 und 22 Jahren akut-schizophrene Episoden. Bei der Nachuntersuchung (16 Jahre nach dem Beginn der Erkrankung) schizophrene Persönlichkeit mit ausgeprägten Defektzeichen. Trotzdem befriedigende Sozialremission.

Fall b) Kr.Nr. 368/58; wl.

Katamnestiche Frist: 7 Jahre

Familienanamnese:

Großvater mütterlicherseits "Nervenzusammenbruch", danach abgesondert, empfindsam
Schwester kontaktarm, Einzelgängerin

Milieu:

feindselige Ablehnung der Pat. durch den Vater von Kindheit an. Sehr schlechtes Vater-Tochter-Verhältnis (sprechen fast nie miteinander). Oft Streit. Pat. fühlt sich auch von der Mutter von jeher nicht verstanden, jedoch etwas besseres Verhältnis.

Konstitution: leptosom (gem. eigener Untersuchung)

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid:

kontaktgestört, ernst, scheu, als Kind sehr folgsam, lebhaft

Beginn: 10 Jahre, knickhaft

Psychopathologisches Bild:

Mit 10 Jahren einsetzende stärkere Wesensänderung: Schulschwie-

rigkeiten, Abkapselung, widersetzte sich ohne Grund. Mit 13 Jahren hypochondrische Verarbeitung körperlicher Beschwerden. "Nervenschmerzen", Herzbeschwerden etc. Mit 14 Jahren fühlte sie sich nicht mehr als sich selbst, verkrampfte, steife Bewegungen. 1957 erster Suizidversuch (Pulsadern). 1958 zweiter Suizidversuch (Tabletten), jeweils ohne Motiv. Während Klinikbeobachtung (23.6.1958 bis 19.9.1959) äußerte Pat., sich seit 5 Jahren (seit 10. Lebensjahr) nicht mehr gesund zu fühlen, sowie seit dieser Zeit Angst zu haben "vor den Menschen". Suizidabsichten, imperative akustische Halluzinationen (sie solle Suizid begehen und dürfe nicht sprechen), Beziehungsideen, Kontaktverlust, Mutismus, Bewegungen steif und ungelenk, glaubte unter einem Zwang zu stehen und hatte "das Gefühl der Gefühlosigkeit". Nach 22 Komata und 17 ES allmähliche Besserung und Disanzierung.

Diagnose: Schizophrenie

Therapie: 17 ES, 22 Insulinkomata, Serpasil

Katamnese:

3/4 Jahr gutes Befinden, flott gearbeitet, gute Schülerin, gutes Examen (Handelsschule), im Juni 1960 Rezidiv (Angst, Unruhe, Gereiztheit, paranoide und hypochondrische Wahnideen, imperative akustische Halluzinationen). Seit 1960 als MTA in Prosektur tätig. 1965 Verlobung.

Nachuntersuchung (7.11.1965): Alter der Pat.: 23 J.

Kontakt sehr lebhaft, aber nicht tiefgehend. Mimik und Bewegungen ebenfalls lebhaft, leicht theatralisch-übertrieben. Gewisse gepflegte Eleganz der Erscheinung, modischer Geschmack. Stellungnahme zur Krankheit: Hyperästhesie, berichtete nur widerwillig, den Blick abgewandt, errötend, erst auf eingehende Fragen über ihre psychotischen Erlebnisse. Jetzt völlig frei davon, ausgenommen zur Zeit der Periode Neigung zu depressiven Verstimmungen. Wirkte herrisch, wenig warmherzig und wenig modulationsfähig, "ich weiß nicht, zu wem ich so herzliche Sympathiegefühle gehabt haben sollte", zu niemandem innige Beziehungen, sprach von ihrem Vater - immer zum Schlüsselloch schauend - despektierlich, schroff ablehnend, gefühllos. Nicht tierlieb, jedoch auch wieder empfindlich, nimmt sich "leicht etwas zu Herzen", will vorerst kein Kind, obwohl sie heiraten möchte ("und dann noch ein Kind, das paßt mir nicht"). In ihren Freundschaften streng auswählend, in der Kunst sich für "das Stilvolle" interessierend (Th.Mann, Steinbeck, Greene), in der Malerei Cézanne, van Gogh, in der Musik Mozart, Rossini). Gute durchschnittliche Intelligenz.

Epikrise:

Vom 10. Lebensjahr ab zunehmende Wesensänderung. Im Alter von 13, 14 und 15 Jahren jeweils Zeiten, in denen Pat. stärker auffällig war, aber noch keine eindeutigen psychotischen Symptome zeigte. Mit 16 und 18 Jahren jeweils 2-3 Monate anhaltende akut psychotische Episoden (paramoid-halluzinatorisch mit Autismus, Mutismus, Verhaltensstörungen). 13 Jahre nach Erkrankungsbeginn sehr gute soziale Remission.

Fall c) Kr.Nr. 1911/55; ml.

Katamnestiche Frist: 10 Jahre

Familienanamnese: o.B.

Milieu:

Mutter macht kalten, verbitterten, kaum modulationsfähigen Eindruck. Vater (Oberregierungsrat) herrisch, kühl, egozentrisch, skrupellos, sehr ehrgeiziger Intellektueller. Lehnt Pat. völlig ab (rechnet ihn nicht mit zur Familie, weist Kontaktversuche brüsk ab, drohte ihm als Kind, ihn totzuschlagen). Ehe sehr schlecht, Dauerspannung

Konstitution: pyknisch

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid: guter Schüler, kontaktfähig

Beginn: 13 Jahre, knickhaft

Psychopathologisches Bild:

Wurde auf einmal "so artig", wich nicht von der Seite der Mutter, weinte oft, im Verhalten merkwürdig, oft Zerstörungswut, sperrte sich ein, verneigte sich bei Tisch in stereotyper Weise, führte auf dem WC Selbstgespräche, schimpfte und weinte abwechselnd, zog sich zurück, Zwänge (Gebetszwang, "Wiedergutmachungszwang", mußte z.B. stundenlang auf WC sitzen und beten), schrie "geht weg, ich bin giftig", äußerte "manchmal denke ich, ich sei Jesus" und "ich möchte mit der Großmutter Unreines tun, dabei will ich es doch gar nicht". Angst vor dem Sterben, Versündigungs-, Berührungsangst, Grübelneigung. Glaubte, nicht mehr gesund zu werden.

Während der Kliniksbeobachtung (23.2.1956 bis 11.5.1956) akustische Halluzinationen, die ihm Anweisungen gaben, Beeinflussungsideen, Anankasmen, Veränderungserlebnisse. Blick manchmal lauernd-mißtrauisch, manchmal scheu, ratlos, verstört. Grimassieren, unangepasstes Lächeln, schließlich zunehmende motorische Unruhe und Gespanntheit (Verlegung auf den Wachsaal), mit sexueller Enthemmung, stark von akustischen Halluzinationen geplagt. Nach 8 ES und 6 Komata vergnügt aufgeschlossen, aktiv kontaktfähig, begeisterungsfähig.

Diagnose: 1. Schub einer Schizophrenie

Therapie: 8 ES, 6 Komata

Katamnese:(8.9.1965 nach Angaben der Mutter)

1963 durchschnittliches Abitur. Jetzt Student (Sprachen), nebenbei ASTA-Tätigkeit. Vor 2 Jahren stärker auffällig: Grübelte viel, brachte nichts zu Ende, starrete stundenlang mit seltsamem Blick an die Wand, tat nichts, Kontaktverlust, Umtriebigkeit, zeitweise substuporös. Schlaflosigkeit, mißtrauisch. Kurze Zeit nervenärztliche Behandlung (Tabletten), seitdem relativ

unauffällig. Gelegentlich leichtere Unruhe und Erregungszustände mit sinnlosen Handlungen. Stimmung schwankend, unausgeglich, bei der Arbeit zwar schnell und fleißig, aber sprunghaft, Egoist, rücksichtslos, unpünktlich, kann jedoch warmherzig sein. Hat keine "normalen Freunde", lediglich eine ganze Anzahl verkrachter Existenzen und viele Mädchen. Wohnt zur Zeit bei einem Mädchen, das bereits 2 uneheliche Kinder von einem verheirateten Mann hat.

Epikrise:

Mit 13 Jahren knickhafte Wesensänderung des vorher unauffälligen Jungen mit Übergang in Psychose im Alter von 14 Jahren (etwa 3 Monate Dauer, gute Remission). Bemerkenswert ist die situative Belastung des Pat. durch Familienumwelt; Frage, ob präpsychotische Wesensänderung Ausdruck einer neurotischen Fehlhaltung (milieubedingt) war, die zur Psychose "abgewandelt" wurde, und ob die jetzt bestehenden Wesensauffälligkeiten neurotischer Art oder im Sinne einer postpsychotischen Persönlichkeitsveränderung aufzufassen waren, läßt sich katamnestisch nicht entscheiden. Sehr gute Sozialremission.

4.4.3. Sonderfälle (Patienten 11 ml.; 3 wl.)

Es wurden außerdem 14 Pat. (11 ml., 3 wl.) nachuntersucht, die weder durch die klinische noch durch den weiteren Verlauf als eindeutig zum schizophrenen Formenkreis zugehörig beurteilt werden können. Bei einem dieser Fälle handelt es sich um einen kindlichen Demenzprozeß, dessen nosologische Zuordnung zur früh-kindlichen Schizophrenie bzw. Dementia praecocissima auf Grund einer langjährigen Verlaufsbeobachtung ebenfalls diskutiert wurde.

Fall a) Kr.Nr. 11/54; ml.

Katamnestiche Frist: 11 Jahre

Familienanamnese:

Großmutter väterlicherseits 3 mal in Anstalt wegen depressiver Mischpsychose, Bruder der Großmutter väterlicherseits Suizid. Vater stimmungs-labil; Mutter Zwinkertic (seit Kindheit)

Milieu: einfache, geordnete Verhältnisse

Konstitution: leptosom (gem. eigener Untersuchung)

Eigenanamnese:

Mit 3-4 Jahren Angstzustand (weigerte sich eines Tages, auf einem Fahrrad oder irgendeinem anderen Fahrzeug zu fahren), war weinerlich, sehr empfindlich, aß schlecht, magerte stark ab.

Praemorbid: sehr guter Schüler, interessiert

Beginn: 8 Jahre, plötzlich

Psychopathologisches Bild:

Angstzustände, Kontaktverlust, Schlaflosigkeit, schrie: "Mutti, die Welt geht unter, wo bist du denn? die Welt wird dunkel, es ist alles kleiner, ich sehe dich ja gar nicht mehr richtig". An den folgenden Tagen wollte von anderen Kindern nichts wissen und nicht zur Schule gehen, schlief schlecht. Nach 4 Tagen erneut Angstzustände "Mutti, es geht wieder los, wo bin ich denn, es wird alles kleiner ... alles ist ganz klein ... ich glaube, ich werde nie wieder gesund ... ich glaube, ihr müßt mich in eine Anstalt bringen", "Hilfe, Hilfe, wo bin ich, das Bett fährt weg, jetzt sind wir ganz tief unten in der Erde drin". Ein anderes Mal: "Es ist, als ob es ganz von alleine spräche, als ob ich gar nicht selbst spräche". Während der Klinikbeobachtung (11 Wochen) kontaktfähig, zugewandt, unbeschwert, jedoch Auftreten 2maliger Angstzustände (schrie völlig unvermittelt voller Angst, sagte hinterher, es sei alles anders gewesen, das Bett sei schief gewesen, es sei,

als ob das Bett mit ihm nach rechts davonfahre).
 Neurol. o.B.
 Liquor o.B.
 PEG o.B.

Diagnose: Kindliche Psychose

Differentialdiagnose: Angstneurose

Therapie: Spieltherapie

Nachuntersuchung (27.8.1965): Alter d.Pat.: 17 J.

Pat. wirkte etwas unschlüssig, wenig spontan, überlegte lange, bevor er antwortete. Ernst, feinfühlig, differenziert, nach außen hin kühl, innerlich aber angespannt und nervös. Nach Entlassung Besuch der Volks- und Mittelschule. Gute Zeugnisse, anschließend 4jährige Schlosserlehre mit Ziel, Ingenieurberuf zu ergreifen.

Angstzustände haben an Häufigkeit und Intensität nachgelassen. Besonders schlimm war es mit 8-9 Jahren ("irgendwie rückte alles von mir ab, ich fühlte mich so eingeengt", "es kam einfach, daß ich schrie"). Veränderungserlebnisse (plötzlich "war alles so ganz unwirklich", "irgendwas war, was mich entrückt hatte, so daß ich mir etwas anders vorkam"). Das letzte Mal vor einem halben bis dreiviertel Jahr solch ein Zustand. Manchmal kurzdauernde grundlose Verstimmungen ("alles unheimlich traurig"). Gefühle zu den Menschen "irgendwie verblaßt", "zu einer richtigen tiefen Zuneigung kann ich gar nicht mehr kommen". Das sei allmählich gekommen. Früher teilnahmefähiger, Gefühle herzlicher und inniger. Jetzt keine "echten Gefühle" mehr zu anderen Menschen, stelle sich dabei vor, daß er das "gar nicht mehr brauche", daß es "ganz für sich sein könne"; auch den Eltern gegenüber "keine richtige tiefe Zuneigung", bei der Freundin "sei es ähnlich", manchmal sei "diese Gleichgültigkeit" für kurze Zeit weg, einen Anlaß gebe es nicht, "das kommt dann einfach so", "ich stelle mich einfach darauf ein, gleichgültig und unbeteiligt zu sein". Kein "richtiger" Freund, jedoch Bekannte, Kontakt oberflächlich. Gutes Selbstvertrauen, akzeptiert sich selbst. (Ohne was nicht leben?) "Gar nichts", könne "ganz für sich allein leben".

Epikrise:

Pat. entstammt einer mit Suiziden und Psychosen belasteten Familie. Bereits im Alter von 3 Jahren starke Angstzustände mit depressiven Verstimmungen. Seit dem 8. Lebensjahr erneut Angstzustände mit Kontaktverlust, Derealisations- und Depersonalisationserlebnissen, die jedoch an Intensität und Häufigkeit immer mehr nachlassen.

Bei der Nachuntersuchung (11 Jahre nach dem Klinikaufenthalt) machte Pat. den Eindruck eines schizothymen (E.KRETSCHMER 58) oder seelisch-asthenischen (K.SCHNEIDER 97) Menschen, der feinfühlig und kühl zugleich, stark autistisch, zur Selbstkontrolle und -beobachtung neigend, über Veränderungs- und Entfremdungserlebnisse sowie Ichstörungen berichtete, wie sie auch bei Schizophrenien vorkommen. Bemerkenswert ist das frühe Auftreten der Depersonalisations- und Derealisationserlebnisse (mit

3-4 Jahren Angstzustand, mit 8 Jahren geschilderte Störungen). Diese Tatsache scheint wiederum eher für eine psychotische Störung zu sprechen. Es wird für unwahrscheinlich gehalten, daß es sich bei den Depersonalisationserlebnissen des Patienten um eine echte psychotische Störung handelte, sondern um Erlebnisweisen eines schizothymen bzw. asthenischen Psychopathen.

Fall b) Kr.Nr. 21/50; ml.

Katamnestiche Frist: 16 Jahre

Familienanamnese: o.B.

Milieu: einfache Verhältnisse, Vater streng

Konstitution: pyknisch (gem. eigener Untersuchung)

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid: guter Schüler, unauffällig

Beginn: 7 Jahre, schleichend

Psychopathologisches Bild:

Leistungsabfall, Davonlaufen, Angst, Mißtrauen, Erziehungs-schwierigkeiten. Mit 14 Jahren Weglaufen mit gestohlenem Geld und Schmuck, mit Morphium gehandelt, Gelddiebstähle. 4 Wochen Jugendgefängnis. Mit 16 Jahren häufig Zustände von "Geistesabwesenheit mit starrem Blick", phantasierte von einem Mörder. Fürchtete, umgebracht zu werden, Verfolgungsideen, akustische, optische und haptische Halluzinationen, abnorme Körpersensationen ("es ist, als ob der Körper beengt wäre, als ob ich in einer Papierrolle drinstecken würde und nicht atmen könnte"). Beeinflussungserlebnisse (könne seine psychotischen Erlebnisse nur loswerden, "wenn derjenige will"). Nach knapp 3 Wochen Spontanremission.

Diagnose: Schizophrenie mit Spontanremission

Therapie: keine

Nachuntersuchung (19.3.1966): Alter des Pat.: 31 J.

Pat. gibt sich ungeniert, weltmännisch-augenzwinkernd, sehr selbstbewußt und dabei höflich und gewandt. Redet fast ununterbrochen, erzählt ausführlich und umständlich. Neigt zum Protzen und Aufschneiden, zeigt nur wenig gemütlichen Tiefgang. In seiner Emotionalität flach. Kalter Egoist, nur auf seinen Vorteil bedacht, auch bereit zum Verbrechen (Diebstähle), wenn er sich dadurch bereichern könnte, würde sich aber vorher "ausrechnen, ob es sich lohnt". Er sei sich des Unrechts zwar bewußt, lasse es aber außer acht, wenn er Profit davon habe, auch wenn ein Armer betroffen würde. Bezeichnet sich selbst als willensstark, draufgängerisch, skrupellos, neigt zu Stimmungsschwankungen, ist jähzornig (schlug einmal kurzerhand einen Hund tot, der sein Kind leicht gebissen

hatte); unbeherrscht, explosiv, vergißt sich leicht, als Schläger bekannt (schlägt auch seine Frau). Betrachtet seine Frau vorwiegend als Sexualpartner, der außerdem den Haushalt zu versorgen hat. Gestattet sich selbst eine "Hausfreundin". Mit seinen Kindern gutmütig oder grob, wie es ihm paßt. Im Beruf: Initiative, Schwung, Ehrgeiz, Fleiß, Ausdauer, hat es bis zum Ortsältesten im Bergbau gebracht, besucht gleichzeitig Bergbauschule, will Steiger werden. Sehr offen, zeitweise hemmungslos, gute Meinung von sich selbst ("Mir kann keiner"), der das Herz "auf dem rechten Fleck" hat. Sinn für Humor, schlagfertig. Stellung zur Krankheit: lehnt Krankheitscharakter ab, "man hätte mich in eine Erziehungsanstalt tun müssen, da hätte ich hingehört". Vor Klinikaufnahme an Benzinsucht gelitten (in chemisch-pharmazeutischer Fabrik gearbeitet), es sei zum "Rausch" gekommen, er habe dabei "Halluzinationen" gehabt. Seitdem nie wieder psychotisch. Berichtete von seinen Verfehlungen sowie seinem h.w.G. ohne Scham und Hemmungen. Nach Entlassung häufiger Stellungswechsel, h.w.G., anderthalb Jahre Gefängnis mit Bewährung. Seit 7 Jahren verheiratet, seitdem allmähliche Stabilisierung, seit 1960 Hauer bei derselben Gesellschaft. (Ohne was nicht leben?) "Soll ich mir eine Filmschauspielerin wünschen? Eine hübsche Frau hat man nie für sich allein".

Epikrise:

Bereits im Kindesalter durch Angst, Mißtrauen und starke Verhaltensstörungen auffällig, die sich mit der Zeit steigerten (Jugendstrafen). Mit 16 Jahren psychotischer Ausnahmezustand mit schizophrener Kernsymptomen, der spontan ausheilte. Seither nie wieder psychotisch.

Bei der Nachuntersuchung gab Pat. an, vor der Klinikaufnahme an Benzinsucht gelitten und beim Einatmen der Dämpfe Halluzinationen gehabt zu haben. Nachuntersuchung und Verlauf der Erkrankung machen symptomatische, durch toxische Einwirkung von Benzindämpfen entstandene, "körperlich begründbare" Psychose im Sinne von K.SCHNEIDER bei einer bereits primär charakterlich gemütsarmen, egozentrischen Persönlichkeit wahrscheinlich. Interessant ist in diesem Zusammenhang die Beziehung zu einem 1965 vom Verf. klinisch betreuten Pat. (Kr.Nr. 325/65) - in der vorliegenden Arbeit unter 4 nicht beschrieben -, der wiederholt unter schizoformen Verstimmungszuständen mit hypochondrischen Ideen, Veränderungserlebnissen und typischen Ich-Erlebensstörungen litt und bei dem die 1. Episode ebenfalls nach Einatmen von Benzindämpfen ausbrach. Beide gaben als ein Hauptsymptom der im übrigen verschiedenen psychopathologischen Symptomatik ein "Klingen im Ohr" bzw. "Ohrenklingeln" an.

Fall c) Kr.Nr. 281/55; ml.

Katamnestiche Frist: 10 Jahre

Familienanamnese:

Bruder der Mutter schizoide Charakteropathie.
Mutter affektiv wenig schwingungsfähig

Milieu: sehr ordentliche Verhältnisse

Konstitution: pyknisch (gem. eigener Untersuchung)

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid: unauffällig, guter Schüler

Beginn: etwa 8 Jahre, schleichend

Psychopathologisches Bild:

Abnahme der Schulleistungen, unberechenbar, unverträglich, log, stahl, Interesseverlust, Zerstörungsdrang, hörte zwei Stimmen (eine gute und eine schlechte), die ihm Befehle erteilten und auch untereinander redeten. Neurol., Liquor, EEG und PEG o.B.

Diagnose: Verdacht auf schizophrenen Prozeß

Therapie: keine

Nachuntersuchung (23.10.1965): Alter des Pat.: 30 J.

Pat. gibt sich jovial, lässig leger, doch deutlich innerlich angespannt. Wegen Verhaltensschwierigkeiten häufig Schule und Lehrstelle wechseln müssen. Einmal Jugendstrafe (Gefängnis). Beruf: seit Mai 64 Verkäufer (ohne Lehre). Affektiv flach, gleichgültig, unberührt, impulsiv, stark von außenweltlichen Reizen und augenblicklichen Einfällen gesteuert. Stimmungslabil, kontaktarm, nur flüchtige mitmenschliche Beziehungen, stark gestörtes Selbstwertgefühl mit kompensatorischem Impotenzverhalten und übersteigertem Geltungsbedürfnis. Dabei Gefahr des Ableitens ins Asoziale. Stellung zur Krankheit ablehnend, Erinnerung daran war ihm sichtlich unangenehm, "Ich weiß davon nix" und "es ist für mich völlig uninteressant".

Epikrise:

Etwa mit 8 Jahren stärker hervortretende Verhaltensstörungen vorwiegend aggressiver Art; Angaben über "Stimmen-Hören". Auf Grund des Eindrucks, daß das vom Pat. geschilderte für ihn Erlebenscharakter trug, er darunter litt und das Gefühl hatte, die Freiheit seines eigenen Handelns zeitweise zu verlieren, so daß die "Stimmen" den Charakter von Sinnesempfindungen hatten, wurde der Verdacht einer endogenen Psychose gehegt. Jedoch fiel schon damals die gesteigerte Phantasie des Pat. auf. Der weitere Verlauf und die Nachuntersuchung des Pat. (spätere Angabe des Pat. im Gegensatz zu früher, er höre die Stimmen nicht richtig, das "sei so in ihm") spricht eher für Verhaltensabartigkeiten eines affektiv gleichgültigen, labilen, wenig bindungsfähigen, stark von außenweltlichen Reizen beeinflussbaren, selbstunsicheren Psychopathen. Eine durch einen blanden, symptomarmen Prozeß entstandene Persönlichkeitsabwandlung läßt sich aber andererseits nicht mit absoluter Sicherheit ausschließen. Schlechte Sozialremission.

Fall d) Kr.Nr. 1814/50; ml.

Katamnestiche Frist: 15 Jahre

Familienanamnese:

Tante mütterlicherseits Epilepsie, Mutter Schizophrenie (wiederholt stationär psychiatrisch behandelt), Vater Psychopath

Milieu: primitive Verhältnisse

Konstitution: dysplastisch, leptosom (gem. eigener Untersuchung)

Eigenanamnese: mit 10 Jahren nicht gesicherte Encephalitis

Praemorbid: Einzelgänger, sonst unauffällig

Beginn: 11 Jahre, schleichend

Psychopathologisches Bild:

Zunehmend schwierig, aggressiv, böseartig frech, kleine Diebstähle, Kontaktverlust, hypochondrische Ängste, paranoide Ideen, Mikropsien, optische Halluzinationen, Erregheitszustände mit Aggressionen und unsinnigen Handlungen, Grimassieren, Bizarrien. Kontaktarm, affektiv leer, antriebsarm. Sagte unanständige Verse auf, dazwischen Gesangbuchverse. "Es ist mir so, als ob irgend was unter meiner Schädeldecke sitzt, was oben hinaus will", sah drei farbige Streifen "wie ein schöner Blitz" aufleuchten. "Die Gedanken müssen sich umwechseln". "Helfen Sie mir doch, ich sterbe, ich bin schon ganz abgestorben". Oft bestand Eindruck des Sich-Interessantmachens. An manchen Tagen relativ unauffällig, an anderen - allerdings durch energisches Eingreifen beeinflussbare - Einordnungsschwierigkeiten.

Diagnose:

Psychopathisches Erscheinungsbild mit psychoseartigen Bildern und psychogenen Mechanismen

Therapie: 10 ES, 42 Insulinkomata

Katamnese:

2 Jahre (1950 bis 1952) fast ununterbrochen in verschiedenen Nervenkliniken. Stimmen (innere und von außen zu ihm sprechende). Erregungszustände mit Todesangst. Angst, vom Arzt umgebracht zu werden, Vergiftungsideen. Affektiv verarmt, distanzlos, sexuell enthemmt. Nach 2jährigem erscheinungsfreien Intervall in den Jahren 1954 und 1955 schwerste Erregungszustände mit Suizidversuchen. Selbstbeschädigungen (steckte sich Stricknadeln in Cubitalvenen), Gedankenlautwerden, Beziehungsideen, Ich-Erlebensstörungen, Denkerfahrenheit. 1959/1960 wieder stark auffällig, stationäre psychiatrische Behandlung notwendig. 1964 freiwillig in psychiatrischer Behandlung, klagte über "solch ein eigenartiges Singeln in den Beinen" und darüber, daß beim Denken manchmal "der Faden wie durchgerissen" sei. 2 Tage später Verlassen der Klinik, die Ärzte erregt beschimpfend und der Körperverletzung beschuldigend, Kripo herbeigeht.

Nachuntersuchung (Alter des Pat.: 30 J.

Die Nachuntersuchung des Pat. war stark behindert. Die wenige Tage zuvor freundlich gegebene Einwilligung hierzu wurde lautstark mit wenig schönen Worten zurückgezogen. Im Gegensatz zum distanzlos-vertraulichen Verhalten zuvor zeigte sich Pat. nicht, Unterhaltung nur durch verschlossene Tür hindurch geführt. Bewohnt zusammen mit Frau und 2 Kindern 2 Zimmer in recht verwahrlostem Zustand. Frau macht beschränkten Eindruck. Pat. seit einigen Jahren Nachtwächter (Wach- und Schließgesellschaft).

Epikrise:

Fall d) ist durch das Zusammentreffen (pseudo-?)psychotischer, psychopathischer und encephalopathischer (fragliche Encephalitis, PEG +, EEG +) Symptome mehrdeutig. Akute psychotische Symptome, die 1951 einer Schocktherapie trotzten, aber nach Apomorphin-Injektion für längere Zeit abklangen, waren nicht sicher beweisbar. Pat. liebte es, sich interessant zu machen und aufzuspielen, so daß Angaben über Halluzinationen mit Vorbehalt bewertet werden müssen. Im weiteren Verlauf (besonders 1954/55) scheint es doch zu echten psychotischen Störungen zusätzlich zu den immer bestehenden psycho- und wahrscheinlich auch encephalopathisch bedingten Verhaltensauffälligkeiten gekommen zu sein. Schlechte Sozialremission.

Fall e) Kr.Nr. 752/56; ml.

Katamnestische Frist: 12 Jahre

Familienanamnese:

Kusine des Vaters Schizophrenie; Urgroßvater väterlicherseits Schizophrenie

Milieu: differenziert, Vater Dr.Ing.

Konstitution: unbekannt

Eigenanamnese:

Frühgeburt (3 1/2 Pf.), verzögerte Entwicklung (Laufen mit 2 Jahren, Sprechen mit 4 Jahren)

Praemorbid:

kontaktarm, keine Freunde, "anders" als andere, zur Mutter anhänglich

Beginn: 13 Jahre, schleichend

Psychopathologisches Bild:

Verhaltensauffälligkeiten: Vagieren, Diebstähle, unsinnige Handlungen. Schulschwänzen. Zunehmend trotzig, starrsinnig, gleichgültig, verschlossen, sich immer mehr absondernd. Wirkte öfters merkwürdig abwesend, starr. Mit 14 Jahren verstärkt auffällig,

weinte oft grundlos, nahm homosexuelle Beziehungen auf (früher nur zu Mädchen).

Während Kliniksaufenthalt (20.6.1956 bis 20.7.1956) gab Pat. an, sich nicht verstanden, verfolgt und ausgestoßen zu fühlen, innere Unruhe und Angstgefühle, affektiv lahm. Nach 8 ES gute Besserung, deutlicher Defekt. Eine Woche später erneutes Weglaufen, Geldentnahme. Während 2. Kliniksbeobachtung völlig lahm, schwunglos, keinerlei Vorsatzbildungen, früher Zukunftspläne, meinungslos, impulslos, emotional wenig schwingungsfähig.

Diagnose: Schizophrenie

Therapie: 8 ES

Katamnese:

In der Folgezeit kaum Schamgefühl, schlampig, pflegte sich schlecht, Motorik steif und gespreizt. Wiederholtes unmotiviertes Weglaufen, Geldentnahme, Feuerlegen. Monatelang in psychiatrischen Krankenhäusern. Juli 1957 bis Oktober 1959 in einem Jugendheim, dort völlig unmotivierter Suizidversuch. Kontaktarm, Verhalten außerordentlich wechselnd, faul, schlampig, schamlos, ohne Interessen und Antrieb. Später Abschlußprüfung der Mittelschule! Frühjahr 1963 Verschlechterung, Herumstreunen, unüberlegte Handlungen, zunehmende Unruhe; wollte mehrfach mit Gefängnisstrafen belegte Prostituierte heiraten, Schloß, obwohl arbeitslos, Kaufvertrag für einen Kraftwagen ab. 1965 heiratete er ein ordentliches Mädchen. Häufiger Stellenwechsel, Kontaktarmut, Zerstreutheit, Depressionen, plötzliches Wegbleiben von der Arbeit, Antriebslahmheit, trotzdem Pläne, die in keinem Verhältnis zu seinen Möglichkeiten standen.

Epikrise:

Bei Fall e) ist auch verlaufsdynamisch nicht sicher zu unterscheiden, ob eine haltlose gemütsarme Psychopathie bei fraglicher Encephalopathie (Frühgeburt, starke Entwicklungsverzögerung, PEG jedoch Ø, Liquor Ø) oder ein schizophrener Defekt nach blande verlaufender Schizophrenie vorliegt (außer Wahnideen und Angst keine spezifischen psychotischen Symptome!) Schlechte Sozialremission.

Fall f) Kr.Nr. 164/58; ml.

Katamnestiche Frist: 6 Jahre

Familienanamnese: o.B.

Milieu:

Ehe der Eltern nach Geburt des Pat. geschieden. Pat. kam nach Geburt in Pflegestelle, da sich die Eltern nicht um ihn kümmern. Mutter zur Zeit der Schwangerschaft Nikotin- und Alkoholabusus

Konstitution: unbekannt

Eigenanamnese: mit 2 1/2 Jahren Gelbsucht

Praemorbid: ruhig, freundlich

Beginn: 3 Jahre, schleichend

Psychopathologisches Bild:

Wesensänderung. Das bisher sehr stille, ruhige und freundliche Kind zeigte zunehmende Ruhelosigkeit, Eigensinn, Zerstörungswut und Angriffsfreudigkeit. Zeitweise freundlich, lebhaft, affektiv gut ansprechbar. 1954 starke Verhaltensauffälligkeit, Unverträglichkeit, Unkonzentriertheit, Mangel an Ausdauer, Aggressionen. 1958 stark wechselnd in seinem Verhalten, oft Zornesausbrüche mit gleichzeitigem Ausstoßen tierischer Laute und starrem abwesendem Blick. Stark gemütsverarmt und roh (hänselte andere Kinder damit, daß deren Vater gestorben war). Tage später voller Liebreiz.

Während Kliniksbeobachtung (12.5.1958 bis 10.2.1959) umtriebig, unstet, ohne Ausdauer, mit Neigung zu Erregungszuständen, in denen Pat. völlig unbeeinflussbar war. Nach einem solchen Zustand spontan geäußert, eine innere Stimme zu hören, die ihm Anweisungen gebe; Angstgefühle, Verfolgungsgefühle.

Neurol. o.B., Liquor, PEG und EEG o.B. IQ 97/82.

Diagnose: Kindliche-Schizophrenie

Therapie: keine

Katamnese:

Verlegung in Psychiatrisches Krankenhaus, dort erhebliche psychomotorische Unruhe, Affektlabilität, jedoch Interesse und Freude an Arbeit, gutes Arbeitstempo. Januar 1961 eigenartiges läppisch-negativistisches Benehmen, Danebenreden, zeitweise Mutismus. Plötzlich unmotiviertes Weinen. In Folgezeit starker Wechsel zwischen substuporösen, depressiven und manifoläppischen Zuständen, teilweise autistisch oder aggressiv ("bot das Bild einer Hebephrenie"). Nach 8 Tagen Abklingen der Symptomatik. Jedoch von der Zeit an starke Verhaltensschwankungen (Zeiten relativer Angepaßtheit lösten Zeiten starker psychomotorischer Unruhe mit Erregtheits- und Drangzuständen, motivlosen Entweichungen, Suizidversuchen und Nahrungsverweigerung ab). Wenig Ausdauer, für nichts Interesse, leer, stumpf, gleichgültig, leicht reizbar, ohne Einsicht. Seit Oktober 1964 untersteht Pat. dem Jugendamt.

Epikrise:

So sehr im Fall f) die knickhafte Wesensänderung im Alter von 3 Jahren, die paranoid-halluzinatorischen Erlebnisse mit Angst und Zwangsdenken im Alter von 10 Jahren sowie eine mit 11 Jahren durchgemachte hebephrene Episode an das Vorliegen einer schizophrenen Psychose denken lassen müssen, so wenig ist das Vorliegen einer schweren neurotischen Fehlhaltung auszuschließen (von Geburt an ständig wechselnd in Heimen und Anstalten). Der Verlauf spricht eher für eine massive Reifungskrise mit stark herabgesetzter emotionaler Ansprechbarkeit, Interesse-

und Antriebsarmut, Unstetigkeit der Verhaltensweisen und intentionaler Ziellosigkeit, doch ist ein schizophrener Defekt nicht sicher auszuschließen. Schlechte Sozialremission.

Fall g) Kr.Nr. 1702/51; ml.

Katamnestiche Frist: 14 Jahre

Familienanamnese: Vater haltloser reizbarer Psychopath, Potator

Milieu: Ehe geschieden, Mutter dem Jungen hilflos gegenüber

Konstitution: pyknisch (gem. eigener Untersuchung)

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid: Einzelgänger, guter Schüler (Mittelschule)

Beginn: 10 Jahre, knickhaft

Psychopathologisches Bild:

Schlechte Schulleistungen, Schlaflosigkeit, Interessesverlust, Unruhe, Konzentrationsstörungen, heftige Trotzreaktionen, Aggressionen, Beschimpfungen, unsinnige Handlungen, Beziehungsideen. Während der Klinikbeobachtung (5.2.1951 bis 16.2.1951) distanzlos, vorlaut, egozentrisch, frech, negativistisch, gleichgültig, antriebsarm.

Diagnose: 1. Schub einer Schizophrenie

Differentialdiagnose: Pubertäre Trotzhaltung (neurotisch?)

Nachuntersuchung (14.9.1965): Alter des Pat.: 25 J.

Schnell Kontakt, habe früher keine Lust gehabt, zur Schule zu gehen, sich mit Mutter nicht verstanden, glaubt heute noch, daß über ihn geredet wird, und will nicht gern an seinen Aufenthalt in der Nervenklinik erinnert werden. Ängstliches Mißtrauen, schließlich auch dem Untersucher gegenüber, als er einige Testfragen beantworten sollte ("Kommen's mir gleich mit dem Hämmchen"), nachdem Pat. zuvor offen und unter stetiger freundlicher Zuwendung über sich und zwischenzeitliches Ergehen berichtet hatte. Wenige Monate nach Entlassung nochmals für einige Wochen wegen derselben Auffälligkeiten in einer Nervenklinik gewesen, anschließend in einem heilpädagogischen Kinderheim, danach kaufmännische Lehre, bis jetzt immer im Eisenwarenhandel beschäftigt. Psychotische Erlebnisse glaubhaft negiert. Keine Freunde, Einzelgänger, scheu, mißtrauisch, leicht reizbar, Neigung zu impulsiven Handlungen (lief nach 4 Tagen bei der Bundeswehr wieder fort, weil es ihm nicht gefiel). Errötet leicht, angeblich dadurch noch keinen Kontakt zum weiblichen Geschlecht gewonnen.

Epikrise:

Bei Fall g) dürfte die Verlaufsbeobachtung den schon bei Klinikbeobachtung bestandenen Verdacht einer praepuberalen Trotz-

reaktion bestätigen. Es handelt sich um eine mißtrauisch-scheue kontaktarme, reizbare Persönlichkeit mit Neigung zu abnormen Erlebnisreaktionen (belastende Familienumwelt!) Gute bis befriedigende Sozialremission.

Fall h) Kr.Nr. 233/60; wl.

Katamnestiche Frist: 5 Jahre

Familienanamnese:

Großvater väterlicherseits Suizidversuch mit 12 Jahren. Schwester der Mutter jahrelang psychotisch (Wahnideen, verließ die Wohnung nicht mehr, ließ alles verkommen, starrte die Wand an, offenbar Defekt (schwierig im Umgang))

Milieu:

Ehe der Eltern schlecht, Vater Sonderling, autoritär, kapselt sich ein, lehnt Tochter ab, spricht nicht mit ihr, verkehrt nur schriftlich mit ihr.

Konstitution: pyknisch-leptosom (gem. eigener Untersuchung)

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid:

Schon als Kleinkind kontaktgestört, keine Freundschaften, gewissenhaft, pedantisch

Beginn: 12 Jahre, knickhaft

Psychopathologisches Bild:

Wasch- und Betzwang, negativistisch, zerschlug grundlos Geschirr, kam mit Arbeit nicht voran, brachte nichts zu Ende, antriebsarm, sprach kaum noch, Sprache wurde immer leiser und undeutlicher. Nach 1 Jahr wieder angepaßter, Zwänge verloren sich völlig, dagegen schlampig, unsauber geworden, gelegentlich Negativismus, Nahrungsverweigerung. Mit 14 Jahren typische Symptome einer Pubertätsmagersucht, deshalb Klinikaufnahme, hochgradige Kontaktstörung, stumpf, unbeteiligt, mimisch verarmt, motorisch hölzern, steif und ungeschickt. Äußerte, niemanden richtig lieb zu haben und sich nicht freuen zu können. Diagnose: schizophrener Defekt, Pubertäts-Magersucht. Anschließend einige Wochen im Psychiatrischen Krankenhaus (Diagnose: Hebephrenie). Affektive Leere, Sprunghaftigkeit des Denkens.

Diagnose: Schizophrener Defekt, Pubertätsmagersucht

Therapie: Sedaraupin

Nachuntersuchung (4.11.1965): Alter der Pat.: 23 J.

Pat. reserviert, wortkarg, lockerte nur allmählich etwas auf; in Antworten einsilbig, seit ihrer Erkrankung stark unter Insuffizienzgefühlen gelitten, fühlte sich vereinsamt, oft verzweifelt, zu nichts Lust, an nichts mehr Freude, Selbstmordab-

sichten. Immer "hin- und hergeschoben", besonders vom ehrgeizigen Vater, glaubte, alles falsch zu machen, wußte sich schließlich "nicht mehr zu helfen". Ich-Erlebensstörungen, Halluzinationen, sowie formale oder inhaltliche Denkstörungen negiert. Nachdem der Vater, ohne Pat. zu fragen, sie in verschiedenen Berufen untergebracht hatte, die ihr nicht zusagten (Warenverpacken im Reformhaus, Zeitungen knicken und verschicken beim Bund der Kinderreichen) war sie stets gleichgültig, lustlos und antriebsarm. - Nachdem sie nach einem Streit mit dem Vater (der dabei die damals 22jährige Tochter schlug) in ein Mädchenwohnheim gezogen war, wurde sie allmählich selbständiger, nahm im Antrieb zu. 1964 Gesellenprüfung (Buchbinderin) und Verlobung. Juli 1966 Heirat. In Stimmung schwankend, launisch, leicht verstimmbar, gemächlich kühl, wenig schwingungsfähig; kontrolliere und beobachte sich selbst viel, lehne sich nicht mehr ab wie früher (wollte früher gern ein "ganz anderer Mensch sein", fragte sich häufig, "warum muß das bei dir so sein", sagte sich, "wenn du so wärest, dann wärest du glücklich"). Jetzt besseres Selbstvertrauen, gefestigteren Willen und wesentlich mehr Antrieb, lebt gern, aber mehr in der "Phantasie" als in der Realität. Spinnt sich gern ein, neigt zu Tagträumereien. Sondert sich immer noch gern ab, ist scheu, schüchtern, keine Freundinnen. Verlobter gab an, er habe erst "über einen Graben springen" müssen, um mit Pat. in Kontakt zu kommen. Doch gäbe es jetzt keine Kontaktschwierigkeiten mehr. Pat. möchte gern heiraten und Kinder bekommen.

Epikrise:

Der Verlauf von Fall h) ist recht eigenartig. Von jeher kontaktschwach und jegliche menschlichen Bindungen zurückweisend, sauer, gewissenhaft und pedantisch ist das Hauptwesensmerkmal in der Entwicklung der Pat. - ein Persönlichkeitsmangel, den amerikanische Kinderpsychiater als Folge einer "Störung in der Ich-Entwicklung" ansehen: Unfähigkeit, ein normales Selbstvertrauen zu entwickeln, starke Minderwertigkeits- und Unterlegenheitsgefühle, völlige Selbstablehnung mit dem Wunsch, ein "ganz anderer Mensch" zu sein sowie das Unvermögen, einen eigenen Willen zu entfalten und auch durchzusetzen. Im Alter von 12-14 Jahren war die Pat. so stark verändert, daß sie wie ein schizophrener Defektzustand imponierte. - Sowohl J.E.MEYER 74) als auch J.ZUTT 130) haben die schwere psychische Dauerveränderung beschrieben, zu der eine nicht ausgeheilte Pubertätsmagersucht führen kann. J.ZUTT 130) wies auf die starke Ähnlichkeit solcher Zustände mit einem schizophrenen Defekt hin. - Auf Grund des weiteren Verlaufs und der Nachuntersuchung zusammen mit den differenzierten Angaben der insgesamt synton erscheinenden Pat. glaubt Untersucher sagen zu können, daß die Pat. nie psychotisch war. Sehr gute Sozialremission.

Fall i) Kr.Nr. 1840/54; ml.

Katamnestiche Frist: 13 Jahre

Familienanamnese:

Bruder der Mutter Suizid (?), Epilepsie, Vetter der Mutter

Schizophrenie.

Milieu:

Pat. unehelich geboren, Vater fort (Pole).
Differenzierte gemütsreiche Mutter

Konstitution: pyknisch (gem. eigener Untersuchung)

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid: guter Schüler, fröhlich, aufgeweckt, Freunde

Beginn: 9;3 Jahre, plötzlich

Psychopathologisches Bild:

Nach einer sehr leichten Mumpserkrankung (fühlt sich kaum krank, nur leichtes Fieber) Angst- und Erregungszustände mit optischen Halluzinationen ("eine Reihe von Händen fahren vor meinen Augen her", sah sich und die Kameraden beim Fußballspiel, "Jetzt kommen sie, die Hände, ich sehe Fußballer", sah einen großen Zahn, der sich vor seinen Augen hin und her bewegte, und 2 große Greifer, die "Korn zwischen sich gequetscht" und zwischen die er hineingefallen sei). Voll remittiert entlassen.

Diagnose:

Optische Halluzinationen nach Parotitis (Encephalitis?)
Beginnende kindliche Schizophrenie?

Therapie: keine

Nachuntersuchung (26.8.1965): (Alter des Pat.: 19 J.)

In der Zwischenzeit nie wieder erkrankt. Geistig beweglich, voller Schwung, Grundstimmung heiter, ausgeglichen. Gesellig, viele Freunde. Hobbies: Sport, Skat, Bier, Stammtisch, im Kon=taktverhalten freundlich, höflich, zugewandt, erschien teilnahmefähig, gutmütig-humorvoll, offenherzig aufgeschlossen, lebens- und realitätsnah, unkompliziert. Nimmt das Leben von der guten Seite, sei Optimist und lasse sich nicht so leicht aus der Ruhe bringen. Freude am Beruf, praktisch veranlagt, gesundes Selbstvertrauen.

Epikrise:

Der weitere Verlauf im Fall i) schließt einen schizophrenen Schub mit großer Sicherheit aus. Wahrscheinlicher ist eine Begleitencephalitis der leichten Mumpserkrankung des Pat. zu diesem Zeitpunkt. Voll-Remission.

Fall j) Kr.Nr. 2195/25; wl.

Katamnestiche Frist: 40 Jahre

Familienanamnese: Mutter debil

Milieu: einfache Verhältnisse

Konstitution: pyknisch

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid:

Schulschwierigkeiten, Freundinnen, Kontakt, gutmütig

Beginn: 9 Jahre, langsam

Psychopathologisches Bild:

Starke Abnahme der Schulleistungen. Zucken des Gesichts, Zittern der Hände, läppisch, unangepaßtes Lachen, keine Halluzinationen. Interesselos, unruhiger Schlaf. In der Klinik verwechselte Pat. Wochentage und Monatsnamen, wußte nicht, wieviel Tage das Jahr bzw. die Woche haben, wieviel Stunden der Tag, konnte die Uhr nicht lesen, gab an, die Uhr habe 3 Zeiger (Negativismus?). Wenig zugänglich, kniff unmotiviert andere Patienten, fühlte sich krank. Nach wenigen Tagen zutraulich, fleißig und fühlte sich gesund.

Diagnose: Schizophrenie (Dementia praecocissima)

Therapie: keine

Nachuntersuchung (2.11.1965):

Volksschule beendet (nicht sitzen geblieben). Anschließend Haushalt und Landwirtschaft, später längere Zeit als Sprechstundenhilfe. 1939 Heirat, 2 gesunde Kinder. Starre Mimik, immer wiederkehrendes unmotiviertes Lachen und Grinsen. Affektiert, wenig modulationsfähig, berichtete über ihre Krankheit ohne jede sichtbare Gemütsbeteiligung ("die drüben war doch auch bei euch, die war doch auch übergeschnappt"), sei nicht krank gewesen, lediglich "aufgedreht". Das sei sie heute noch, "leicht knallt's", womit sie meint, daß sie nicht lang fackelt, wenn z.B. der Sohn nicht spurt. Neigung zu stereotypen phrasenhaften Redewendungen, die sie unter stetigem Kopfnicken mit "Ja, Ja" begleitete ("es muß immer vorangehen", "man muß immer arbeiten", "kommt Zeit, kommt Rat"). Pat. arbeitet viel (Haushalt, Landwirtschaft, Putzhilfe), Verhältnis zu Ehemann und Kindern gut. Pat. zufrieden, lebt gern (Optimistin, "alles macht Spaß"), macht energischen, fleißigen, sehr ordentlichen Eindruck, erscheint gutmütig, aber ohne Wärme und Herzlichkeit, nur mäßig intelligent.

Epikrise:

Bei Fall j) läßt sich auf Grund der nur wenigen Angaben in der Krankengeschichte und der vermutlich nur spärlichen Symptomatik des psychopathologischen Bildes zur Zeit der Erkrankung durch die Nachuntersuchung die vor 40 Jahren gestellte Diagnose nicht bestätigen. Sicher liegt eine mäßige Debilität bei einer einfach strukturierten Persönlichkeit vor. Gute Sozialremission.

Fall k) Kr.Nr. 360/62; wl.

Katamnestiche Frist: 4 Jahre

Familienanamnese: o.B.

Milieu:

Eltern geschieden, Mutter wirkt verschroben, maniert in Gestik und Mimik

Konstitution: pyknisch

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid:

als Kind immer mehr für sich, trotzig, widerspenstig gute Schülerin

Beginn: 7 Jahre, knickhaft

Psychopathologisches Bild:

1. Knick mit 7 Jahren, zunehmend scheu und widerspenstig, 2. Knick mit 11 Jahren, sehr schwierig, leicht erregbar, rasch böseartig, warf sich bei jeder Kleinigkeit auf den Boden, schlug um sich, schrie wütend, wurde sehr putzsüchtig und eigensinnig. Mit 12 Jahren (1962) Erregungszustände, starke Konzentrationsabnahme, Rückgang der Schulleistungen, Interesseverlust, schrieb in einem Brief "Ich bin sehr berührt geworden". Als die Mutter der Pat. am Tage nach einer Mamma-Ca-Operation - wovon sie der Tochter als "unheilbarem Leiden" erzählt hatte - nicht schrieb, Nahrungsverweigerung, verstört, tieftraurig, am ganzen Körper steif, mutistisch, hypochondrische Ideen, abnorme Körpersensationen ("das Herz ist ganz heiß"), lächelte dabei. Immer wieder Versuche, sich einen Strick oder dergl. um den Hals zu wickeln, zerriß Tempotaschentücher, die sie in die Nase stopfte und teilweise verschluckte. Äußerst mißtrauisch, ängstlich und wirkte zeitweise recht gekünstelt und theatralisch. IQ 123/115.

Diagnose:

Reaktive Depression (Entwurzelungs-Depression) mit hysterischen Zügen

Therapie: Librium, Megaphen

Katamnese:

Seit der Entlassung gute Schulleistungen, doch Kontaktschwierigkeiten, immer einige Wochen im Jahr psychisch krank (meist manisch, teilweise depressiv). Herbst 1964 sexuell enthemmt, Weglaufen, bemalte ihr Bettzeug, schrieb Briefe verworrenen Inhalts, mußte wegen zunehmender sexueller Enthemmung im Oktober 1965 Schule verlassen. Wurde taktlos, flegelhaft, schlief schlecht, sprang eines Tages mit aufgespanntem Regenschirm vom Giebel des Hauses herunter (wollte es "einmal ausprobieren"). Litt unter der Vorstellung, daß ein Mann auf sie zukäme, um

sie zu ermorden. Bildete sich ein, auf dem Mond zu sein, das bestbezahlte Mannequin zu sein, ein Roboter zu sein, "denn ein normaler Mensch kann doch nicht solche Reflexhandlungen machen". Fühlte sich von anderen gesteuert, befürchtete einen Atomkrieg. Aufnahme in auswärtige Klinik. Dort: logorrhöisch, ideenflüchtig, distanzlos, maniert, paranoid, grimmig stark, nach Halluzinationen gefragt: "Vielleicht bilde ich mir die Stimmen ein, vielleicht waren sie echt, vielleicht war es auch nur, um mich zu foppen". Bedeutungs- und Beziehungsideen, Erregungszustände, sexuell stark enthemmt. Unter Psychopharmaka Besserung, ruhig besonnen, distanzierte sich von ihren psychotischen Verhaltensweisen, jedoch affektiv etwas stumpf, linkisch gehemmt, leicht antriebsreduziert.

Nachuntersuchung (30.10.66, Alter der Pat. 16 J.):

Mangel an Ausdauer, wenig Anstrengungsbereitschaft, im Gegensatz zu früher (ehrgeizig!) jetzt lustlos, ohne Zielstrebigkeit, sich von ihren stark wechselnden Einfällen und Launen treiben lassend, keine Liebhaberei; vor der letzten Episode noch intensives Klavierspiel (Beethoven, Mozart, Bach), jetzt nur noch "Geklimpere", allenfalls einfache Melodien (Schlager); Zusammenspiel mit anderen wegen mangelnden Einfühlungsvermögens nicht mehr möglich; Berufswunsch: "Gammerin", Filmschauspielerin, Journalistin, Sportlerin, keine genauen Zukunftspläne. Hauptwunsch: "Gammeln" (möglichst in einem fremden Land). Im Wesen reizbarer geworden, neigt zu Affektentladungen und starken Stimmungsschwankungen; zeitweise aggressiv gegen die Mutter; im Kontaktverhalten wechselnd zwischen "unnahbar" und distanzlos-vertraulich. Zu keinem Menschen, auch nicht zur Mutter, enge und herzliche Beziehungen; hat einen Freund, "weil er ein Auto hat", sonst sei er ihr "gleichgültig". Von ihrer Erkrankung zeigt sich Pat. nicht im geringsten betroffen: Nach ihren schulischen Zielen befragt, antwortet Pat. achselzuckend ohne innere Beteiligung: "Vielleicht werde ich ja wieder krank", und später äußert sie lachend (zu einer Stellungnahme über ihre Krankheitsphasen aufgefordert): "Fand ich ganz lustig".

Epikrise:

Knackhafter Beginn im Alter von 7 Jahren. 2. Knick mit 11 Jahren; mit 12 Jahren Ausbruch der als "reaktive Depression" gedeuteten Psychose. Seitdem Verhaltensauffälligkeiten. Pat. war außerdem einige Wochen manisch bzw. depressiv. Mit 15 Jahren stark psychotisch (ungefähr 3 Monate Dauer), betont hebephren gefärbte Episode. Bei der Nachuntersuchung deutliche Persönlichkeitsabwandlung. Pat. wirkte infantil, affektiv wenig schwingungsfähig. Trotzdem insgesamt befriedigende Sozialremission. Besonderheit des Verlaufs: Frühzeitig knickartiger Beginn (in der Kindheit), Übergang in fast rein depressiv gefärbte Psychose, und später Auftreten einer schweren, vorwiegend hebephren-psychotischen Episode, schließlich einigermaßen gut remittiert.

Fall 1) Kr.Nr. 99/60; ml.

Katamnestiche Frist: 6 Jahre

Familienanamnese: Großmutter väterlicherseits Depressionen

Milieu:

Vater pedantischer Beamtentyp, Mutter tatkräftig, sportlich, mütterlich

Konstitution: leptosom-pyknisch (gem. eigener Untersuchung)

Eigenanamnese: unauffällig

Praemorbid:

verschlossen, etwas jähzornig, Freunde, Sport, Violine

Beginn: 13 Jahre, plötzlich

Psychopathologisches Bild:

Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, Selbstbezüglichkeitsideen, Angst, Wahnstimmung (er sei in den USA, er komme auf den elektrischen Stuhl). Während der 1. Kliniksbeobachtung (12.7. bis 10.9.1960) schlug die Stimmung fast täglich von einem Extrem ins andere um. Morgens depressiv-verstimmt, weinte, glaubte, er sei der Teufel, A.Hitler, er habe die Nitribitt und schließlich sich selbst umgebracht, habe Schloß Linderhof bestohlen. Innere Stimmen sagten ihm dies alles und kommentierten seine Handlungen. Abends dagegen jugendhaft, übermütig, neigte zu Späßen und Streichen. IQ 121/103. Nach ES und Psychopharmaka frei von psychotischen Inhalten.

Diagnose: Endogene Depression

Therapie: 7 ES, Truxal

Katamnese:

2 Monate später (November 1960) alle 4 Wochen jeweils 1 Woche lang abwechselnd depressiv oder hypomanisch. In der Schule daher immer Schwierigkeiten. Ebenso in der Lehre, aus der er 2-mal entlassen wurde. Im Sommer 1962 ungezogen, ungeniert, fleckig, unruhig, er redete stundenlang, pausenlos, verworren, fühlte sich verfolgt, stellte sich der Polizei und bat um Schutzhaft. Juli 1962 Aufnahme in einem psychiatrischen Krankenhaus. Dort ausgesprochen hebefrenes Zustandsbild. Denkfähigkeit, akustische Halluzinationen, paranoide Wahnideen, läppisch-manieriertes Gebaren, mit bizarren Körperbewegungen und sinnlosen uneinführbaren Handlungsweisen (schmierte und warf mit Kot, bespuckte die Wände, lief laut jammernd durch den Saal, sang, lachte, weinte, schrie, schniefte, schnalzte, rülpste, blies dem Arzt ins Gesicht, hustete, schnüffelte, breitete die Arme aus und rief, er sei blind, sprach mit geschwollenem Pathos), war zeitweise stuporös, zeitweise äußerst kataton erregt, so daß er fixiert werden mußte. Auch während

anschließendem 2. Kliniksaufenthalt in Marburg akustische Halluzinationen, Größenideen, Denkzerfahrenheit, hochgradige psychomotorische Unruhe, uneinfühlbare, verschrobene Handlungsweisen. Nach 8 ES, 14 Komata und Truxal frei von psychotischen Erlebnisweisen, jedoch gelegentlich Erregungszustände, Unausgeglichenheit der Stimmung, Lustlosigkeit, häufiger Stellenwechsel. Ein halbes Jahr später erneute klinische Behandlung wegen gehäufter vorwiegend manisch gefärbter Verstimmungszustände. Nach der letzten Entlassung im Juli 1963 im Abstand von 6-7 Wochen auftretende manisch-depressive Phasen bis Sommer 1964. Freies Intervall bis Februar 1965, von Februar bis Sommer 1965 langanhaltende manische Phase (aufgedreht, frech, distanzlos, enthemmt, widerspenstig, schloß ungefragt Verträge ab, wollte plötzlich Flugzeugführer werden, fuhr zur Musterung nach M. Bedrohte Vater und Mutter mit Messer, war völlig unbeeinflussbar). Seit Sommer 1965 unauffällig.

Nachuntersuchung (16.1.1966, Alter des Pat.: 18 J.):

Freundlich, zugewandt, kontaktfähig, distanzierte sich von seinen psychotischen Verhaltensweisen, wirkte differenziert, ernst und still. Arbeitsfreudig, sportlich, ehrgeizig (gewann mehrere Tischtennis-Meisterschaften), affektiv gut schwingungsfähig, sensibel, jedoch leicht erregbar und reizbar. *)

Epikrise:

Rein phasisch verlaufende endogene Psychose (Beginn mit 13 Jahren), obwohl "typisch schizophrene" und "typisch cyclothyme" Symptome nebeneinander vorkommen. Zweite Episode (15 Jahre) ausgesprochen hebefren; bemerkenswert ist die Kurzphasigkeit der depressiven oder manischen Verstimmungen (bis zu einer Woche teilweise) und der täglich frequente Wechsel von tiefer Gedrücktheit (morgens) und manischer Gehobenheit (am Abend des gleichen Tages) während der ersten Episode. Bei der Nachuntersuchung keinerlei Defektzeichen, also Vollremission.

Fall m) Kr.Nr. 800/56; ml.

Katamnestiche Frist: 9 Jahre

Familienanamnese: o.B.

Milieu: Beamtenfamilie

Konstitution: athletisch (gem. Akten)

*) F.G.v.STOCKERT¹⁰³⁾ beschrieb einen erstaunlich ähnlich geaderten und ebenfalls phasisch verlaufenen Fall. Krankheitsbeginn akut, mit 13 Jahren mit Angst, Beziehungsideen, Selbstbeschuldigungstendenzen (Pat. machte sich für den Tod seiner Großmutter verantwortlich) und Stimmenhören. Nach wenigen Wochen Vollremission (9 ES). Zwei Jahre später rein depressive Phase, der in den nächsten Jahren weitere Phasen folgten. Defektfreie Remission.

Eigenanamnese:

als Kleinkind Anfälle "mit Schaum vor dem Mund" (Angaben des Vaters 1965)

Praemorbid:

Einzelgänger, kontaktschwach, anhänglich, folgsam, willig, durchschnittlich begabt (IQ 94)

Beginn: 11 Jahre, schleichend

Psychopathologisches Bild:

"Geistesabwesend" in der Schule, schlechte Schulleistungen, Mangel an Ausdauer, völlig unmotiviertes Verlassen der Schule, häufiges Weglaufen, Herumtreiben, kleine Diebstähle. Pat. zog sich immer mehr zurück, hörte eine Stimme, die ihm allerhand zuflüsterte ("tu das", "nimm das", "das darfst du nicht machen"). Während des Klinikaufenthaltes (24.8.1956 bis 11.12.1956) unmotivierter Erregungszustände mit Aggressionen. Gab unmittelbar nach solch einem Erregungszustand an, eine innere Stimme gehört zu haben, die ihm befohlen habe, aus dem Fenster zu springen. In der Folgezeit mehrere solche Erregungen, berichtete häufig von akustischen Halluzinationen. Nach 12 ES und 10 Komata ungebessert entlassen.

Diagnose: Schizophrenie

Therapie: 12 ES, 10 Insulinkomata

Katamnese:

Wenig später Aufnahme in einem psychiatrischen Krankenhaus, dort rüpelhaft, frech, aufsässig, Fluchtversuche, Diebstähle, Aggressionen, Selbstbeschädigungen (verschluckte Drahtstücke). Von Januar 1961 bis September 1961 anhaltende Besserung, so daß Pat. entlassungs- und arbeitsfähig (Bauhilfsarbeiter). Ab September 1962 wieder sinnloses Weglaufen, Diebstähle, starker Alkoholgenuß, etwa alle 2-3 Monate, besonders bei Mondwechsel, 1965 Verschlimmerung: tötete sinnlos Tiere, schlug Schwester bewußtlos, Herumstreunen, Trunksucht, Einbruch, Diebstähle, nächtigte nur noch im Walde, oft "wie ein gefährliches Raubtier" (gemäß Brief des Vaters). Oktober 1965 Begutachtung der strafrechtlichen Verantwortlichkeit des Pat. (Gesundheitsamt D.). Pat. zeigte weder formale oder inhaltliche Denkstörungen, keinerlei Zeichen affektiver Verödung, war jedoch kühl,geschlossen, distanziert, leicht verstimmbar und reizbar. IQ (HAWIE) 97.

EEG: Über allen Hirnregionen besonders nach Provokation (HV) Krampfpotentiale (hohe Zwischenwellen, Multi-Spikes) mit leicht inkonstantem Herdbefund li.
Diagnose: Epilepsie, epileptoide Psychopathie.

Epikrise:

Die Diagnose "Schizophrenie" im Fall m) muß auf Grund der ergänzenden Angaben des Vaters zur Vorgeschichte (Anfälle im

Kleinkindesalter), des EEG-Befundes und des Fehlens eindeutiger schizophrener Defektzeichen revidiert werden. Mit hoher Wahrscheinlichkeit handelte es sich um eine psychomotorische Epilepsie, wobei die Verstimmungs- und Erregungszustände mit zeitweiligen akustischen Halluzinationen und asozialen Handlungsweisen als epileptische Äquivalente aufgefaßt werden müssen. Bei dem Pat. ist eine epileptische Wesensänderung eingetreten, die die episodisch auftretenden Verstimmungen und Verhaltensauffälligkeiten im Sinne der bei der Temporallappenepilepsie häufig auftretenden produktiv-psychotischen Dämmerzustände (H.LANDOLT 60) (unstetes Arbeitsverhalten, Triebhaftigkeit, Aggressionen, Neigung zu Alkoholexzessen) mitbestimmt. Die Ursache der Temporallappenepilepsie dürften in diesem Falle die vom Vater katamnestisch beschriebenen cerebralen Anfälle im Kleinkindesalter bilden, die zu pathologisch-anatomischen Läsionen des Temporallappens geführt haben (vgl. W.SCHOLZ 98). Schlechte Sozialremission.

Fall n) Kr.Nr. 87/55; ml.

Katamnestische Frist: 10 Jahre

Familienanamnese: o.B.

Milieu:

alte, wohlhabende Bauernfamilie, sehr gute Familienatmosphäre

Konstitution: leptosom (gem. eigener Untersuchung)

Eigenanamnese:

regelrechte frühkindliche Entwicklung (Laufen mit 1 Jahr, sauer mit 2 Jahren, Sprechen mit 2 1/2 Jahren ganze Sätze. Pat. hat wie andere Kinder seines Alters gesprochen. Mit 2 1/2 Jahren 2 Tage dauernde Erkrankung mit Kopfschmerzen und leichtem Fieber, danach wieder wie sonst.

Praemorbid: unauffällig

Beginn: um das 4. Lebensjahr, schleichend

Psychopathologisches Bild:

Wurde immer stiller, sprach fast nicht mehr, später fiel Zurückbleiben der geistigen Entwicklung auf, zog sich von den Spielgefährten zurück. 1955 (mit 8 Jahren) wusch sich der Pat. immer die Stelle, die jemand angefaßt hatte, stieß wohlklingende Töne aus, sprach nur noch Ein- oder Zweiwortsätze, nur selten verständlich (z.B. "Traktor"), war völlig autistisch. Pat. entwickelte einen Schmatz- und Schnuppertic. Während der Kliniksbeobachtung (22.4. bis 3.6.1955) war der Pat. völlig uninteressiert, unbeteiligt, saß den ganzen Tag mit gesenktem Kopf in einer Ecke und schaute irgendwo hin, weinte oft grundlos, war mit nichts zu beschäftigen. Spielte nicht. Bei der Intelligenzprüfung (Bühler-Hetzer) löste er überraschenderweise einige

Aufgaben, zeigte gewisse Kombinationsfähigkeit technischen Dingen gegenüber. IQ jedoch nicht bestimmbar. Liquor, PEG und neurologisch o.B.

Diagnose:

Dissoziierte Verhaltensauffälligkeiten (Dementia praecocissima)

Therapie: keine

Nachuntersuchung (26.9.1965, Alter des Pat.: 18 J.):

Pat. saß in merkwürdig steifer und gebeugter Haltung im Sessel, schaute auf seine Füße, ohne sich zu bewegen und ohne vom Untersucher Notiz zu nehmen, befolgte Aufforderungen (z.B. aufzustehen, die Hand zu geben) nur nach mehrmaliger Wiederholung. Mimik starr, bis auf häufiges Grimassieren, Gesichtsausdruck intelligent, zunächst böse und abweisend, kein Blickkontakt. Die Hand hielt er im Grundgelenk überstreckt (Krallhand). Später war Pat. aufgelockerter, schaute Untersucher oft lang an, lächelte zeitweise. Echolalie, wiederholte Silben und Worte. Verhalten wechselte zwischen Apathie, automatenhaftem Ausführen von Befehlen und Negativismus.

Angaben des Vaters zur Katamnese:

Zeitweise gerät Pat. in motorische Unruhe- und Erregungszustände, in denen er völlig negativistisch ist, Dinge zerstört, wegläuft, unartikulierte Schreie ausstößt, oft aggressiv ist, schlecht schläft und fast nichts ißt. Seit 10 Jahren ist der Pat. fauler geworden, hat immer mehr im Antrieb nachgelassen, er verrichtet jetzt nur noch ganz einfache Arbeiten. Der Pat. schaue ab und zu "wie geistesabwesend" in eine Ecke. Er hat bevorzugte Interessengebiete: beschäftigt sich gern mit technischen Dingen, er kann z.B. Traktor fahren und Mopeds anstellen. Auffallend ist die Neigung des Pat. zu Neckereien und Streichen, die ihm große Freude bereiten. So fuhr er z.B. den Traktor auf einen Bach zu, sprang rechtzeitig ab und lachte über die Bemühungen der anderen, die das Abstürzen des Treckers verhinderten. Neigung zu Stereotypen (Wackelbewegungen mit dem Kopf, Schlagen mit der Hand auf den Schenkel) und seltsamen verschrobene Angewohnheiten (führt z.B. Finger in die Pfütze und benetzt wie mit Weihwasser die Stirne). Im ganzen ist der Pat. gutmütig und gut lenkbar, von den Unruhezeiten abgesehen. Er hat zu niemandem Kontakt, ist affektiv leer.

Epikrise:

Die Beurteilung und nosographische Einordnung frühkindlicher Demenzprozesse ist bei Fehlen sinnfälliger exogener Noxen sehr schwierig, da sich die klinischen Erscheinungsbilder in diesem Alter besonders ähnlich sind. W.SPIEL 104) spricht von einer altersspezifischen homogenen Reaktionsform auf ätiologisch heterogene Schädigungen. Die Ähnlichkeit des psychopathologischen Bildes im Fall n) - ebenso wie bei 2 anderen, vom Verf. katamnestisch verfolgten und von H.STUTTE und H.HARBAUER 116) jedoch bereits als Dementia infantilis Heller veröffentlichten Fällen - mit dem der Dementia inf. Heller ist so stark, daß

eine Unterscheidung auf Grund des psychopathologischen Querschnitts nicht möglich ist. Einige Forscher wie G.HEUYER 38), C.BAUMANN 8), R.VEDDER 8) und andere rechnen die Dementia inf. zum schizophrenen Formenkreis. - Gegen eine Zuordnung zum Syndrom der Dementia inf. spricht jedoch der Verlauf der Erkrankung des Pat., der durch das Ausbleiben der für die Dementia inf. typischen schweren Verblödung gekennzeichnet ist. Außerdem sind das zwischen Befehlsautomatie und Negativismus wechselnde Verhalten, die verschrobenen, hebephren anmutenden Angewohnheiten und die Neigung zu Streichen mit ausgesprochener Schadenfreude eher typisch für eine Schizophrenie als für einen Endzustand von Dementia inf. Heller. Verf. glaubt, daß es sich um eine Frühmanifestation der kindlichen Schizophrenie (4. Lebensjahr) handelt.

5. ERKENNTNISSE UND FOLGERUNGEN

5.1. Verlaufsformen der kindlichen und praepuberalen Erkrankungen (ausschließlich Sondergruppe)

Im vorausgegangenen Abschnitt 4 wurde der Verlauf der einzelnen Krankheitsfälle beschrieben. Dabei ergab sich, daß die akut episodenhaften bzw. schubweisen Verlaufsformen häufiger auftraten (40) als die Fälle mit schleichend chronischer Verlaufsweise (12). Die Verlaufsformen gerade der praepuberalen Schizophrenie sind jedoch sehr mannigfaltig, so daß die übliche Einteilung nur in "akut" und "schleichend" nicht ausreichend ist. Es erschien zweckmäßig, vor allem auch die Anzahl der Episoden und den Ausgang der Erkrankung in das Schema einzubeziehen (Zahlentafel 4).

Z a h l e n t a f e l 4

Numerierung	glo= bal	Verlaufsformen (im einzelnen)	Zahl d. Fälle
4.4.1.1.	a	Akute Episode mit Ausgang bislang in Heilung	6
4.4.1.2.		Akute Episode, der mehrere flüchtige Episoden vorausgegangen sind, mit Ausgang bislang in Heilung	5
4.4.1.3.	k	Häufig rezidivierende akute psychotische Episoden mit Ausgang bislang in Heilung	4
4.4.1.4.		Häufig rezidivierende akute psychotische Episoden mit Ausgang in Heilung und Ausbildung leichter Defektzeichen	8
4.4.1.5.	u	Akuter Schub mit Ausgang in schweren Defekt	3
4.4.1.6.		Akut schubweiser Verlauf mit wiederholten Rückfällen und Ausgang in schweren Defekt	13
4.4.1.7.	t	Akuter schubweiser Beginn mit anschließender Versandung	1

Z a h l e n t a f e l 4 (Fortsetzung)

Aufgliederung der Verlaufsformen der kindlichen und praepuberalen Erkrankungen

Numerierung	Glo= bal	Verlaufsformen (im einzelnen)	Zahl d. Fälle
4.4.2.1.	s	schleichend chronischer Verlauf mit starker Besserung	3
4.4.2.2.	c	chronisch wechsellvoller Verlauf mit Rückkehr etwa auf Niveau zu Beginn der Kliniksbeobachtung	2
4.4.2.3.	h	schleichend chronischer Verlauf mit starker Verschlechterung	4
4.4.2.4.	e	psychotisch akzentuierte Wesens= änderung, die später manifeste schizophrene Psychose einleitete und länger als 1 Jahr bestand	3
	d		
		Zus.	52

G.K.USCHAKOW¹²¹⁾ unterteilte die von ihm untersuchten und im Alter bis zu 18 Jahren erkrankten 223 Patienten je nach Krankheitsverlauf wie folgt:

schleichend:	52,4 %
periodisch:	30,1 %
hebephren:	4,8 %
akut paranoid:	4,8 %
simplex:	3,5 %
heboido-phrenisch:	2,2 %
organisch:	2,6 %

Bei den von G.K.USCHAKOW¹²¹⁾ untersuchten kindlichen, praepuberalen und jugendlichen Schizophrenien überwiegen also im Gegensatz zu den eigenen Befunden eindeutig die schleichenden gegenüber den akuten Verlaufsformen.

Werden nun die Krankheitsfälle in Betracht gezogen, die im kindlichen Alter, also unter 10 Jahren, offenkundig wurden, so ist festzustellen, daß nur 3 von insgesamt 8 Fällen akut verliefen (Zahlentafel 5).

Z a h l e n t a f e l 5

Aufgliederung der Verlaufsformen der ausschließlich kindlichen Erkrankungen

Numerierung	glo= bal	Verlaufsformen (im einzelnen)	Zahl d. Fälle
4.4.1.5.	a k u t	ein akuter Schub mit Ausgang in schweren Defekt	1
4.4.1.6.		akut schubweiser Verlauf mit wiederholten Rückfällen mit Ausgang in schweren Defekt	2
4.4.2.1.	s c h l e i c h.	schleichend chronischer Verlauf mit starker Besserung	1
4.4.2.2.		chronisch wechselvoller Verlauf mit Rückkehr etwa auf Niveau zu Beginn der Kliniksbeobachtung	1
4.4.2.3.		schleichend chronischer Verlauf mit starker Verschlechterung	3

Die schleichend verlaufenden Fälle überwogen bei dieser Altersgruppe (5). Zu ähnlichen Ergebnissen gelangten G.SSUCHAREWA¹⁰⁷, die bei einer Probandenzahl von 25 kindlichen Schizophrenien nur 20 % (= 5 Fälle) als akut verlaufend diagnostizierte, und auch L.DESPERT^{26,27} und M.S.VRONO¹²⁶, die ausdrücklich hervorhoben, daß die Schizophrenie im Kindesalter häufiger schleichend als akut verläuft (vgl. Zahlentafel 1).

5.2. Heilungsgrade

Die Graduierung des Ausmaßes einer Besserung bei einer Erkrankung mit der hohen Variabilität von Ausgangsmöglichkeiten wie der schizophrenen Psychosen erscheint im Einzelfall relativ einfach, doch ist es sehr schwierig, eine Normierung für alle schizophrenen Erkrankungen, also für die Schizophrenie schlechthin, durchzuführen. M.BLEULER¹⁴ und M.MÜLLER⁷⁷ haben dies getan. Ihre Beurteilungs-Richtlinien weichen voneinander ab, obschon sie im großen und ganzen grobe Vergleiche zulassen.

Die für die Bewertung der Heilungsgrade auf Grund der bei den Nachuntersuchungen gewonnenen Erfahrungen vom Verfasser als

geeignet angesehene Klassifizierung ist folgende:

1. Vollremission (= Heilung): Restitutio ad integrum, d.h. völlige Distanzierung des Patienten von den psychotischen Erlebnissen mit Krankheitseinsicht. Uneingeschränkte Berufstätigkeit. Fehlen jeglicher krankheitsbedingter Wesensauffälligkeiten.
2. Sehr gute Sozialremission: Wie 1., abweichend lediglich leichte Wesensauffälligkeiten (Stimmungsschwankungen und Neigung zu leichten Verstimmungen, leicht erhöhte Reizbarkeit, Komplexempfindlichkeit gegenüber der psychotischen Erkrankung, eventuell sehr leichte Minderung der affektiven Modulationsfähigkeit oder leichte Kontakteinbuße).
3. Gute bis befriedigende Sozialremission: Leichte Defektzeichen im Sinne einer leichten bis mäßigen Senkung des "energetischen Potentials" (leichte Einbuße der Schaffens- und Willenskraft, Leistungen erreichen nicht den Stand von früher. Versagensneigung mit verminderter Belastungsfähigkeit, stärkere affektive Erregbarkeit, Reizbarkeit, Impulsivität, deutlich verminderte emotionale Schwingungsfähigkeit, Verminderung des Taktgefühls, verschrobenes Verhalten (Sonderling).
4. Mäßige bis schlechte Sozialremission: Weiterbestehen psychotischer Symptome, stark ausgeprägte Defektzeichen, besonders auf dem Gebiet des Antriebs und des Affekts, eingeschränkte Arbeitsfähigkeit.
5. Sehr schlechte Sozialremission: Wie 4., Arbeitsfähigkeit ganz erloschen oder nur unter Einfluß intensiver und verständnisvoller Bemühungen anderer möglich, starke Gleichgültigkeit.
6. Schwere Versandung: Mit oder ohne akute psychotische Symptomatik, keinerlei Kommunikation mehr möglich, mutistisch oder verworren.

Bei Anwendung der vorbeschriebenen Heilungsgrade ergibt sich eine Aufteilung nach der Zahl der untersuchten Patienten entsprechend Zahlentafel 6. (Seite 128)

Die Befunde besagen, daß die Heilungsaussichten der kindlichen und praepuberalen Schizophrenie doch günstiger sind als von

Z a h l e n t a f e l 6

Remissionsgrad der untersuchten Patienten

Remissionsgrad	Zahl d.Pat.	grober Heilungsverlauf
Vollremission	11	gebessert (28)
sehr gute Sozialremission	8	
gute bis befriedigende Sozialremission	9	
mäßige bis schlechte Sozialremission	6	unverändert (6)
sehr schlechte Sozialremission	12	verschlechtert (18)
schwere Versandung	6	

den meisten anderen Autoren angegeben (vgl. Zahlentafel 1). Von den in Betracht gezogenen 52 Fällen remittierten 28 = 54 % gut. Das längste erscheinungsfreie Intervall zwischen psychotischer Episode mit Ausgang in Vollremission und Zeitpunkt der Nachuntersuchung betrug 40 Jahre.

Bei den in Zahlentafel 6 mitenthaltenen 8 kindlichen Fällen (Fall b der Gruppe 4.4.2.2. und Fall a und b der Gruppe 4.4.2.4. wurden nicht mitgerechnet, da im Fall 4.4.2.2. b die depressive Phase im Alter von 6 Jahren nicht genügend gesichert schien und in den beiden anderen Fällen die akute psychotische Episode erst sehr viel später als die im 10. Lebensjahr einsetzende We= sensänderung begann) verteilten sich die Remissionsgrade entsprechend Zahlentafel 7.

Z a h l e n t a f e l 7

Remissionsgrad der im Kindesalter erkrankten Patienten

Remissionsgrad	Zahl der Fälle
schlechte Sozialremission	1
sehr schlechte Sozialremission	4
Versandung	3
Gesamtzahl	8

Diese Übersicht zeigt, daß die Heilungsaussichten der kindlichen Schizophrenie (jünger als 10 Jahre) bei weitem schlechter sind als bei der praepuberalen Schizophrenie. Entgegen der Auffassung von H.BÜRGER-PRINZ¹⁹ kommt dem Erkrankungsalter eine prognostische Bedeutung zu. Fast alle Autoren, die sich mit dem Problem der kindlichen Schizophrenie seither befaßten, stimmen darin überein, daß die Prognose um so schlechter ist, je früher die schizophrene Erkrankung beginnt (vgl. auch Zahlentafel 1).

Die akuten Verlaufsformen führen im Kindesalter ausnahmslos zu schwerem Defekt (sehr schlechte Sozialremission oder schwere Versandung). Dagegen hat die schleichende Verlaufsform eine relativ günstigere Prognose im Kindesalter (Übereinstimmung mit den Befunden von G.SSUCHAREWA¹⁰⁷). Fall a der Gruppe 4.4.2.1. zeigt nach jahrelangem schweren Krankheitsverlauf eine starke Besserung bis zur Entlassungs- und Arbeitsfähigkeit! Allerdings scheint die Remission nicht beständig zu sein, die Katamnesefrist (5 Jahre) ist in diesem Fall zu kurz, um Endgültiges auszusagen (vgl. Zahlentafel 8).

Die im praepuberalen Alter vorherrschenden akuten Verlaufsformen haben einen überwiegend günstigen Ausgang (23 gute, 14 schlechte Remissionen, siehe auch Zahlentafel 9).

Z a h l e n t a f e l 8

Remissionsgrade bei den einzelnen Verlaufsformen der kindlichen Gruppe (bis 10 Jahre)

Verlaufs=	global	Remissionsgrad	Zahl d. Fälle
4.4.1.5.	akut	schwere Versandung	1
4.4.1.6.		sehr schlechte Sozialremission	2
4.4.2.1.	schlei=	schlechte Sozialremission	1
4.4.2.2.	chend	sehr schlechte Sozialremission	1
4.4.2.3.		schwere Versandung	3

Z a h l e n t a f e l 9

Remissionsgrade bei den einzelnen Verlaufsformen der
praepuberalen Gruppe (10 - 14 Jahre)

Verlaufs= gruppe	global	Remissionsgrad	Zahl d. Fälle
4.4.1.1.	akut	Vollremission	5
		sehr gute Sozialremission	1
4.4.1.2.		Vollremission	4
		sehr gute Sozialremission	1
4.4.1.3.		Vollremission	2
		sehr gute Sozialremission	2
4.4.1.4.		sehr gute Sozialremission	2
		gute-befriedigende Sozialremiss.	6 23
4.4.1.5.		sehr schlechte Sozialremission	2
		mäßige-schlechte Sozialremission	5
4.4.1.6.		sehr schlechte Sozialremission	4
		schwere Versandung	2
4.4.1.7.		sehr schlechte Sozialremission	1 14
4.4.2.1.	schlei= chend	befriedigend-gute Sozialremission	2
4.4.2.2.		sehr schlechte Sozialremission	1
4.4.2.3.		sehr schlechte Sozialremission	1
4.4.2.4.		sehr gute Sozialremission	2
		gute-befriedigende Sozialremiss.	1 7

Die beim Verlaufsstudium der Erwachsenen-Schizophrenie gewonnene Erfahrung durch Forscher wie M.BLEULER¹⁴, L.B.KALINOWSKY⁵⁷, G.LANGFELDT⁶¹, M.MÜLLER⁷⁷⁻⁷⁹, V.MÜLLER⁸⁰, E.P.HUSTON und M.C. PEPERNIK⁴⁶, K.T.RUCKDESCHEL⁹⁰ u.a., daß die Verlaufsformen mit akutem Beginn eine bessere Prognose haben als die schleichend-chronisch verlaufenden, kann auf Grund der vorliegenden Untersuchungen für die Frühschizophrenie nicht bestätigt werden: von den 7 praepuberal Erkrankten mit schleichendem Verlauf erreichten immerhin 2 eine sehr gute, 3 eine gute Sozialremission! Jedoch ist die Zahl (12 Fälle) der Erkrankungen mit schleichendem Beginn zu klein, um Signifikantes auszusagen. H.STUTTE¹¹⁴ fand bei 27 Patienten, die langsam schleichend erkrankten, nur 26 % Sozial- oder Vollremissionen (gegenüber 24 % bei akutem Beginn). - Bei der Definition "akut" und "schleichend" wird der von M.BLEULER¹⁴ gegebenen Kennzeichnung gefolgt:

akuter Beginn bei Krankheitsentwicklung im Verlauf mehrerer Wochen; chronischer Beginn: Krankheit erreicht erst im Verlauf von mehreren Jahren ihren Gipfelpunkt. -

5.3. Familiäre Belastung

Genau die Hälfte der 52 Patienten ist familiär belastet, wobei die Häufigkeit von schizophrenen Erkrankungen und von Suizidfällen auffällt (siehe Zahlentafel 10).

Z a h l e n t a f e l 10

Familiäre Belastung

Art der Belastung	Zahl der Fälle
Schizophrenie und <u>zusätzlich</u> andere Auffälligkeiten (Depressionen, Schwachsinn, Epilepsie)	7
Schizophrenie (ausschließlich)	4
Depressionen	2
ungeklärte endogene Psychosen	2
Suizide	6
Epilepsie	0
Psychopathie	1
organisch bedingte Psychosen	1
Schwachsinn	2
Neurosen	1
Summe	26

Die Ansicht von L.A.ANNELL⁴, H.STUTTE¹¹⁴, M.BLEULER¹⁴ und G.LANGFELDT⁶¹, daß die familiäre Belastung keine Praedisposition für schwere Verläufe darstellt, kann bestätigt werden; sie verteilt sich bei den untersuchten Patienten erstaunlich gleichmäßig auf die einzelnen Verlaufsformen (siehe Zahlentafel 11).

G.K.USCHAKOW¹²¹ fand dagegen bei den Formen mit akutem Beginn und stürmischem Verlauf eine erbliche Belastung seltener (52,3 %) als in der Gruppe mit schleichendem Verlauf (73,1 %).

Z a h l e n t a f e l 1 1

Beziehung zwischen familiärer Belastung und Verlaufsform

Verlaufsgruppe	Gesamt= zahl	Zahl der familiär belaste= ten Patienten
4.4.1.1.bis 4.4.1.4.	23	10 (davon 5 Schizophrenien)
4.4.1.5.	3	2
4.4.1.6.	13	6
4.4.1.7.	1	0
4.4.2.1.	3	2
4.4.2.2.	2	1
4.4.2.3.	4	3
4.4.2.4.	3	2

Bei den von L.G.GEZLOVA³³ beschriebenen Fällen war die Mehrzahl der Patienten mit "katastrophalem" Krankheitsverlauf erbbiologisch belastet, während bei remittierendem Verlauf keine Belastung nachweisbar war.

Einige Fälle scheinen die Meinung von M.BLEULER¹⁴ zu unterstützen, daß der jeweilige Verlauf der Psychose Ähnlichkeit mit der Art der familiären Erkrankung aufweise (Fall h und m der Gruppe 4.4.1.6., Fall a der Gruppe 4.4.1.5., Fall a der Gruppe 4.4.2.1. Fall b der Gruppe 4.4.2.2.). Bemerkenswert sind jedoch auch Fälle mit im nächsten Erbunkreis vorkommenden erheblichen Defektzuständen (Fall b der Gruppe 4.4.1.2.!, Fall b der Gruppe 4.4.1.1., Fall a und b der Gruppe 4.4.1.3., Fall a der Gruppe 4.4.3.), bei denen die Erkrankung völlig ausheilte ohne Hinterlassung geringster Defektzeichen. Es kommen bei den Belasteten auch nur kurze flüchtige Episoden (Fall b der Gruppe 4.4.1.1.) oder auch häufig rezidivierende schwerste psychotische Episoden (Fall a der Gruppe 4.3.1.3.) vor.

5.4. Praemorbider Charakter

Charakterlich völlig unauffällig, kontaktfähig, schwingungsfähig, ausgeglichen waren 25 Patienten, 27 dagegen charakterlich

auffällig (einzelgängerisch, mißtrauisch, scheu, kontaktarm, besonders empfindsam, grüblerisch, selbstbezogen). Auf die einzelnen Verlaufsformen verteilt ergibt sich entsprechend Zahlentafel 12 folgendes Bild:

Z a h l e n t a f e l 1 2

Beziehung zwischen praemorbidem Charakter und Verlaufsform

Verlaufsform	Gesamt= zahl	Praemorbider Charakter	
		auffällig	unauffällig
4.4.1.1. - 4.4.1.4.	23	6	17
4.4.1.5.	3	2	1
4.4.1.6.	13	10	3
4.4.1.7.	1		1
4.4.2.1.	3	2	1
4.4.2.2.	2	2	
4.4.2.3.	4	3	1
4.4.2.4.	3	2	1

Mit großer Deutlichkeit zeigt sich, daß praemorbid syntone, psychisch-harmonische Charaktere unvergleichlich bessere Heilungsaussichten haben als introvertierte, mit sich und der Welt uneinige, autistisch-gehemmte Patienten. Im Gegensatz zu H. BÜRGER-PRINZ¹⁹ messen L.A.ANNELL⁴, H.STUTTE¹¹⁴ und A.SCARINCI⁹⁴ dem praemorbiden Charakter prognostische Bedeutung für die kindliche Schizophrenie bei. M.BLEULER¹⁴, R.HOLMBOE und C.ASTRUP⁴¹ (nur für die schizoide Psychopathie), G.LANGFELDT⁶¹, F.MAUZ⁷², M.MÜLLER⁷⁷, R.POLONIO⁸⁴, F.C.REDLICH⁸⁷ u.a. haben dies bereits für die Erwachsenen-Schizophrenie aufgezeigt. K.T.RUCKDESCHEL⁹⁰ fand dagegen bei 408 schizophrenen Patienten, daß bei den geheilten Fällen praemorbid auffällige und nicht auffällige Persönlichkeiten sich die Waage hielten. Bei den ungünstig verlaufenden Erkrankungen handelte es sich nur um praepsychotisch syntone Persönlichkeiten. S.MOBILE⁷⁶ fand bei 68 Patienten die Prognose der "introvertierten" Praemorbiden nicht wesentlich ungünstiger als bei "extravertierten". Im Probandenmaterial von L.SÜLLWOLD-STRÖTZEL und K.P.KISKER¹¹⁷, die der Überzeugung sind, daß der Übergang von praemorbider Entwicklung zur Psychose

oft nur eine "Radikalisierung ohne qualitativen Sprung" darstelle, fanden sich unter 27 jugendlichen schizophrenen Patienten nur 3 mit einer bis zum Ausbruch der Psychose normalen Entwicklung! Acht zeigten eine "neurotische" Fehlhaltung, die später in eine Psychose "abgewandelt" wurde. Die praemorbide Entwicklung von 9 Pat. war durch eine früh einsetzende "Ich-Defizienz" gekennzeichnet (bei starken intrafamiliären Spannungen bereits im Kleinkindesalter sich manifestierende Auffälligkeiten, wie Fehlen der natürlichen Munterkeit und Spontaneität, übertriebenes Reinlichkeitsbedürfnis, Ausfallen der Trotzphase, Kontaktarmut -, später passagere neurotische Symptome, Unterlegenheitsgefühle, Fehlen der Selbsteinschätzung, Ausbleiben der Flegelphasen in der Pubertät). Dem zuletzt beschriebenen Typus entsprechen in dem vom Verf. untersuchten Material drei Pat. (4.4.2.4. b, c und 4.4.3. h), wobei die zwei Erstgenannten schizophren waren mit Ausgang in sehr gute soziale Remission. Die andere Pat. machte eine Pubertätsmagersucht durch mit einer als schizophrener Defekt imponierenden Wesensänderung; sie remittierte ebenfalls sehr gut.

Wie stark der Krankheitsverlauf von der charakterologischen Struktur der jeweiligen Primärpersönlichkeit des Kranken bestimmt wird, zeigt eindrucksvoll der Verlauf des Falles a (Gruppe 4.4.1.3.), der 11mal jeweils mehrere Monate schwerst psychotisch erkrankte und stets defektfrei remittierte. Dabei handelt es sich um eine ausgesprochene cyclothyme Persönlichkeit, die mit den eindeutig schizophren-psychotischen Erlebnissen paranoid-halluzinatorischen Charakters fertig wird. Es sind keine phasischen Verstimmungen, wie sie bei Cyclothymien vorkommen, die letztlich in ihrer vitalen traurigen Gehemtheit doch weitgehend nachfühlbar sind; sondern schwere, völlig uneinfühlbare, befremdende Verhaltensweisen (Kotschmierern, unsinnige Selbstbeschädigungen). Den immer wiederkehrenden Strangulationsversuchen, ebenso wie den völlig uneinfühlbaren, verschroben anmutenden Versuchen, sich durch Fressen von Klammerfedern, Beschneiden der Haut mit Glasscherben, Einführen von Nadeln in die Venen und ähnlichem, selbst zu beschädigen, haftet im Gegensatz zu den von noch antriebsreichen Depressiven benutzten Methoden etwas merkwürdig Groteskes, Bizarres, Ver-

stiegenes an, wie auch den gedanklichen Äußerungen Schizophrener. Verfasser glaubt auch wegen dieser Eigentümlichkeiten, daß trotz des phasischen Verlaufs diese Erkrankung nicht den Cyclothymien zugerechnet werden kann.

Dieser Fall widerspricht im übrigen auch der Auffassung von R.TÖLLE¹¹⁹, daß die schizophrene Depression durch fehlende Wahrnehmungen, Beeinflussungserlebnisse, Sinnestäuschungen und katatone Erregungszustände gekennzeichnet sei und im Verlauf prognostisch ungünstiger Schizophrenien meist bei bereits eingetretenem Defekt vorkomme.

5.5. Intelligenz

Die Intelligenz wurde in folgende Grade eingeteilt: imbezill (IQ unter 70), debil (IQ 90-70), mäßig begabt (schlechte Schulleistungen, evtl. Wiederholung einer Volksschulklasse), durchschnittlich begabt (gute bis befriedigende Schulleistungen, überdurchschnittlich begabt (sehr gute Real- oder Gymnasialschüler bzw., falls angegeben, IQ über 115) (vgl. Zahlentafeln 13 und 14).

Z a h l e n t a f e l 13

Aufteilung der 52 Patienten nach den Intelligenzgraden

Intelligenz	Fälle
überdurchschnittlich begabt	7
durchschnittlich begabt	35
mäßig begabt	6
debil	3
imbezill	1

Z a h l e n t a f e l 1 4

Intelligenzgrade bei den einzelnen Verlaufsformen

Verlaufsformen	B e g a b u n g			debil	imbezill
	über= durch= schnittl.	durch= schnitt= lich	mäßig		
4.4.1.1. bis	2	18	3		
4.4.1.4.					
4.4.1.5.		1	2		
4.4.1.6.	1	6	2	3	1
4.4.1.7.		1			
4.4.2.1.	2	1			
4.4.2.2.	2				
4.4.2.3.		4			
4.4.2.4.		3			

M.BLEULER¹⁴ mißt der Intelligenz eine wichtige prognostische Bedeutung für den Ausgang der Erwachsenen-Schizophrenie zu; für L.A.ANNELL⁴ gilt dies für die Frühschizophrenie in noch verstärktem Maße. Die 3 sogenannten Pfropfschizophrenien sind in der Gruppe 4.4.1.6. (zu schwerem Defekt verlaufende rezidivierende Schizophrenie) vertreten. Auf die schlechte Prognose dieser Verlaufsform haben B.KOTHE⁵⁴ und O.D.SOSSIOUKALO¹⁰² hingewiesen.

Insgesamt zeigt die obige Zusammenstellung ein häufigeres Vorkommen der sehr gut und durchschnittlich begabten Pat. in der Gruppe mit gutem Ausgang (4.4.1.1. bis 4.4.1.4., 4.4.2.1.).

5.6. Milieu

In 19 Fällen war das Milieu, in dem die Pat. aufwuchsen, gestört, davon 4mal bei kindlichen Pat. (unter 10 Jahren). 2 Fälle (4.4.2.4.b, c) waren durch eine konfliktgeladene Dauerspannung der Familienatmosphäre mit feindseliger Ablehnung bis zur Nichtbeachtung der Pat. durch ein Elternteil gekennzeichnet. In weiteren 3 Fällen bestand eine Stiefkind-Problematik (4.4.1.a, d; 4.4.1.3.b) mit tiefgreifenden Gegensätzen zwischen

Pat. und Stiefmutter bzw. -vater. In 4 Fällen war die Ehe der Eltern geschieden ohne erneute Wiederverheiratung, und in 2 weiteren Fällen konnten die durch den Tod des Vaters entstandenen Erschwernisse durch eine überbesorgte, überbetriebsame, leicht querulatorische Mutter einerseits und eine affektiv wenig schwingungsfähige gemütsarme Mutter andererseits nicht gemeistert werden. Die Familiensituation der übrigen 8 Patienten wurde durch psychotische oder debile Eltern bestimmt, die zu einer geordneten Erziehungs- und Pflege Tätigkeit nicht fähig waren. Das Milieu erwies sich in unserer Untersuchung nicht als prognostisch bedeutsamer Faktor im Gegensatz zur Meinung von G.LANGFELDT⁶¹. Trotz stärkster interparentaler Spannungen und heftigster Konflikte zwischen Eltern oder Stiefeltern und Pat. kam es in vielen Fällen zur Vollremission (Fälle 4.4.1.1. a,d, 4.4.1.2. a,d, 4.4.1.3. b und 4.4.2.4. b,c). Amerikanische Autoren sprechen dagegen Milieufaktoren und insbesondere Störungen der Mutter- und Kind-Beziehung eine große prognostische Wertigkeit bei der Frühschizophrenie zu, da sie abnorme Reaktionsweisen des Kindes in den Begriff der Schizophrenie mit einbeziehen.

Jedoch sind Milieustörungen oft Anlaß für schwere reaktive Fehlhaltungen, besonders in den Krisenzeiten der Praepubertät, auf die sich dann eine schizophrene Psychose aufpropfen kann. Zwar ohne Einfluß auf Verlauf und Ausgang der Psychosen, doch von entscheidender Bedeutung für das Schicksal des durch die Krankheit schwer persönlichkeitsveränderten Pat. ist die Haltung der Angehörigen. 2 schwerstdefektöse und eigentlich anstaltsbedürftige Pat., denen durch die sorgend-tatkräftige Hilfe der Mütter ein relativ sinnvolles Ausfüllen ihres Daseins ermöglicht wird, bezeugen das sehr eindrucksvoll.

J.SPOERRY¹⁰⁶ konnte bei Untersuchung der Vorgeschichte von 100 im Erwachsenenalter erkrankten Schizophrenen feststellen, daß in sehr vielen Fällen die Familienatmosphäre, in der die Kranken als Kinder aufwuchsen, stark gestört war (in 32 Fällen). Häufige Ursachen waren geschiedene Ehen der Eltern (in 8 Fällen), extramatrimonielle Geburt, rigide, psychotische, kalte, cholerische oder überbesorgte bzw. überbehütende Eltern (in

11 Fällen). In den meisten Fällen waren die Pat. praemorbid auffällig, boten häufig Verhaltensstörungen, schlechte Schulleistungen und fielen in der Pubertät durch asoziales Verhalten auf (häufige Gefängnisstrafen, 49 Pat.). Über die Prognose dieser Auffälligkeiten, die durch ihre Häufigkeit bemerkenswert sind, sagt der Autor in seiner anamnestischen Arbeit nichts aus.

Nachdem die Faktoren familiäre Belastung, praemorbider Charakter und Milieu in ihrer prognostischen Bedeutung erörtert worden sind, soll abschließend zu diesen Kapiteln auf die Fälle 4.4.1.3. b und c hingewiesen werden, die trotz starker familiärer Belastung eines erheblich gestörten Milieus und praemorbider Wesensauffälligkeiten nach mehreren schizophrenen Episoden vollremittiert sind.

5.7. Konstitution

G.LANGFELDT⁶¹, N.D.C.LEWIS⁶⁵, F.MAUZ⁷² und M.MÜLLER^{77,78} heben die Bedeutung der Konstitution für die Voraussage der schizophrenen Psychosen beim Erwachsenen hervor, wobei pyknische Körperbaumerkmale eine günstige Voraussage gestatten. Da dem pyknischen Konstitutionstypus oft ein-cyclothymischer Charakter (E. KRETSCHMER⁵⁸) entspricht, dürfte ihm keine vom praemorbiden Charakter trennbare Bedeutung als prognostisch relevanter Faktor zukommen.

Bei den Verlaufsformen mit guter Besserung überwiegen gemäß eigener Feststellungen zwar die pyknischen Konstitutionstypen, doch läßt das ebenfalls häufige Vorkommen leptosomer Körperbaufornen sowie die Kleinheit der Gesamtzahl keinen entscheidenden Schluß über die prognostische Valenz dieser beiden Körperbautypen zu. Die Verteilung der Konstitutionstypen der nachuntersuchten Pat. auf die einzelnen Verlaufsformen ist aus Zahlentafel 15 ersichtlich.

5.8. Dauer und Anzahl der Episoden

Ferner wurde untersucht, welchen Einfluß Dauer und Häufigkeit der psychotischen Episoden auf den Krankheitsausgang haben und wann, d.h. nach wieviel Schüben, die ersten Defektzeichen manifest wurden.

Die Annahme, daß die Heilungsaussicht um so günstiger ist, je kurzdauernder und je seltener die psychotischen Episoden sind, liegt auf der Hand. W.MAYER-GROSS⁷³ wies darauf hin, daß jede neue Krankheitsattacke mit immer größerer Wahrscheinlichkeit eine dauernde Schädigung hinterläßt und bei jedem Rückfall die Chance der Remission geringer wird. G.LANGFELDT⁶¹ vertritt die Meinung, daß prognostisch an sich günstige psycho-pathologische Symptome nur dann gutartig sind, wenn die schizophrene Psychose nicht länger als 6 Monate anhält. M.MÜLLER^{78,79} rechnet eine Erkrankungsdauer von unter 1 Jahr zu den günstigen Faktoren.

Für F.MAUZ⁷² sind die ersten 3 - 4 Jahre nach Ausbruch der Erkrankung von ausschlaggebender Bedeutung für die Entstehung eines schweren Defekts. 98 % der von ihm beobachteten deletären Fälle sind in dieser Zeit verblödet. Außerdem weist F.MAUZ⁷² auf die entscheidende Wichtigkeit des 3. Schubes bei in mehreren Schüben verlaufenden Erkrankungen hin. Bleibt ein anschließend progredienter Verlauf zu schwerem Defekt oder starker Verblödung aus, so ist damit später (nach dem 3. Schub) nicht mehr zu rechnen.

Anhand der eigenen Befunde läßt sich über den Einfluß von Dauer und Häufigkeit der psychotischen Episoden folgendes sagen:

Der Zeitpunkt der beginnenden Entstehung dauerhafter Wesensänderungen ließ sich vor allem, wenn nur leichte Persönlichkeitsauffälligkeiten bei der Nachuntersuchung offenbar waren, in vereinzelt Fällen nicht sicher beurteilen. Dies traf insbesondere zu, wenn die Pat. nicht angeben konnten, ob und seit wann sie sich in der einen oder anderen Richtung verändert hatten. Trotzdem führten die Untersuchungen zu der Erkenntnis, daß gemäß Aufstellung der Daten in Zahlentafel 16 (Seite 142ff.) über Dauer und Zahl der Episoden sowie das Auftreten der ersten Defektzeichen die Episoden der gut remittierenden Fälle meist

nicht länger als 4 - 8 Monate gedauert haben. Die längste Erkrankungsdauer der 1. Phase bei den voll remittierten Patienten mit phasischem Krankheitsverlauf betrug 1 Jahr (Fall d der Gruppe 4.4.1.3.). Die schlechten (Defekt-)Remissionen und schweren Versandungen bei den akuten Verlaufsformen sind Folge ebenfalls nicht länger als 3 - 4 Monate, selten bis 8 Monate dauernder Erkrankungen. Bei den schleichend zu schwerem Defekt verlaufenden Fällen dagegen zieht sich die Erkrankung in der Regel über mehrere Jahre hin. Im Fall b der Gruppe 4.4.2.3. beträgt die Zeitspanne mit bislang anhaltender psychotischer Aktivität im Sinne einer Defektkatatonie (kataton-stuporöse Zustände mit Halluzinationen) 20 Jahre (Erkrankungsbeginn: 9-10 Jahre)! Die Häufigkeit der Episoden scheint auf den Krankheitsausgang ohne Einfluß zu sein, bei den voll remittierten Fällen kommen maximal 11 Monate lang anhaltende Episoden vor (Fall a der Gruppe 4.4.1.3.) und bei den gut remittierten sogar 15 bis 17. In der überwiegenden Mehrzahl der nicht voll remittierten Fälle bildeten sich die Defektzeichen nach der 1. psychotischen Episode aus, nur ausnahmsweise nach der 3. Episode. Dies bestätigt die Ansicht von F.MAUZ⁷² über die verlaufsprognostische Bedeutung der 3. psychotischen Episode.

Z a h l e n t a f e l 1 6

Beziehung zwischen Remissionsgrad, Auftreten von Defektzeichen und Zahl bzw. Dauer der Episoden

Gruppe	Fall	Zahl der Episoden	Dauer der Episoden	erstes Auftreten von Defektzeichen	kata-nest. Frist	Remissionsgrad
4.4.1.1.	a	1	14 Tage	-	13 Jahre	Vollremission
	b	1	4 Tage	-	13 Jahre	"
	c	1	4 Monate	-	30 Jahre	"
	d	1	4 Monate	-	5 Jahre	sehr gute Sozialremission
	e	1	1 Monat	-	17 Jahre	Vollremission
	f	1	2 Monate	-	18 Jahre	"
4.4.1.2.	a	4	2 Monate	-	38 Jahre	Vollremission
	b	5	3 Tage - 4 Wochen	-	18 Jahre	"
	c	2	je 6 Wochen	-	16 Jahre	"
	d	2	1 Woche 4 Monate	-	14 Jahre	"
	e	2	je 2 - 3 Wochen	-	19 Jahre	sehr gute Sozialremission
4.4.1.3.	a	11	je 4 - 6 Monate	-	18 Jahre	Vollremission
	b	10	bis zu 8 Wochen	-	12 Jahre	"
	c	5	bis zu 10 Wochen	-	9 Jahre	sehr gute Sozialremission
	d	6	bis zu 1 Jahr	-	10 Jahre	Vollremission

Z a h l e n t a f e l 1 6 (Fortsetzung)

Gruppe	Fall	Zahl der Episoden	Dauer der Episoden	erstes Auftreten von Defektzeichen	kataannest. Frist	Remissionsgrad
4.4.1.4.	a	5	3 - 5 Monate	nicht sicher feststellbar	15 Jahre	sehr gute Sozialremission
	b	17	6 - 10 Wochen	nicht sicher feststellbar	16 Jahre	gute bis befriedigende Sozialremission
	c	3	2 - 8 Monate	nach dem 3. Schub	6 Jahre	gute bis befriedigende Sozialremission
	d	5	3 - 4 Monate	nicht sicher feststellbar	12 Jahre	sehr gute Sozialremission
	e	7	Tage bis 3 Monate	nach der letzten (7. Episode) (Frühjahr 1965)	13 Jahre	gute bis befriedigende Sozialremission
	f	3	3 Monate	nach der 3. Episode	17 Jahre	" " "
	g	2	3 - 4 Monate	wahrscheinlich nach nach d.2. Episode (letzte)	14 Jahre	gute Sozialremission
	h	etwa 10 - 15	8 - 14 Tage	nicht sicher feststellbar, seit Jahren bestehende relativ leichte aber deutl. Defektzeichen.	15 Jahre	gute Sozialremission
4.4.1.5.	a	1	2 Jahre	Auftreten nach dem ersten Schub	12 Jahre	schwere Versandung
	b	1	1 Monat	nach dem ersten Schub	27 Jahre	sehr schlechte Sozialremission
	c	1	1 Monat	nach dem 1. Schub	21 Jahre	sehr schlechte Sozialremission

Z a h l e n t a f e l 16 (Fortsetzung)

Gruppe	Fall	Zahl der Episoden	Dauer der Episoden	erstes Auftreten von Defektzeichen	katastroph. Frist	Remissionsgrad
4.4.1.6.	a	3	1.u.2.: 3 Monate 3.: 1 1/2 Jahre 4 Monate	nach der 3. Episode Jahre nach dem 1. Schub	6 Jahre	sehr schlechte Sozial- remission
	b	2		nach dem 1. Schub	15 Jahre	sehr schlechte Sozial- remission
	c	10	3 - 4 Monate	nach dem 1. Schub	18 Jahre	sehr schlechte Sozial- remission
	d	7	1.u.2.: 4 Tage übrige: 3-4 Monate	nach dem 3. Schub nach dem 3. Schub	17 Jahre 9 Jahre	mäßig bis schlechte Sozialremission
	e	5	2 - 4 Monate	nach dem 1. Schub	15 Jahre	sehr schlechte Sozial- remission
	f	1	nach akut psychotisch	nach dem 1. Schub	15 Jahre	mäßige bis schlechte Sozialremission
	g	6	2 - 4 Monate	nach dem 1. Schub	8 Jahre	mäßige bis schlechte Sozialremission
	h	7	3 - 4 Monate	nach dem 1. Schub	11 Jahre	" " " "
	i	4	bis zu 12 Monaten	nach dem 1. Schub	12 Jahre	" " " "
	j	3	3 - 4 Monate	nach dem 1. Schub	6 Jahre	sehr schlechte Sozial- remission
	k		fast dauernd psychotisch	nach dem 1. Schub	14 Jahre	schwere Versandung
	l	7	7 - 8 Monate	nach dem 1. Schub	12 Jahre	sehr schlechte Soz.Rem.
	m		1. Episode: 10 Monate, danach 1 Jahr freies Intervall, seit 1955 fast dauernd psychotisch	nach dem 1. Schub	16 Jahre	schwere Versandung

Z a h l e n t a f e l 16 (Fortsetzung)

Gruppe	Fall	Zahl der Episoden	Dauer der Episoden	erstes Auftreten von Defektzeichen	katamnest. Frist	Remissionsgrad
4.4.1.7.	a	allmähliche Veränderung	=	nach dem 1. Schub	9 Jahre	sehr schlechte Sozialremission
4.4.2.1.	a	1	ungefähr 2-3 Jahre	nach dem 1. Schub	5 Jahre	mäßige bis schlechte Sozialremission
	b	1	ungefähr 2 Jahre	nach dem 1. Schub	12 Jahre	gute Sozialremiss.
	c	1	ungefähr 2 Jahre	nach dem 1. Schub	6 Jahre	gute Sozialremiss.
4.4.2.2.	a	1	ungefähr 10 Jahre	nach dem 1. Schub	11 Jahre	sehr schlechte Sozialremission
	b	3 (2:depressiv) 3.:	wenige Wochen ungefähr 10 Jahre mit akuten Exacerbationen von mehreren Wochen Dauer	nach der 3. Episode	7 Jahre	sehr schlechte Sozialremission

Z a h l e n t a f e l 16 (Fortsetzung)

Gruppe	Fall	Zahl der Episoden	Dauer der Episoden	erstes Auftreten von Defektzeichen	Katamnäst. Frist	Remissionsgrad
4.4.2.3.	a	1	ungefähr 4 Jahre	nach dem 1. Schub	10 Jahre	schwere Versandung
	b	1	20 Jahre noch akut psychotisch (Halluzinationen, katat. stup.	nach dem 1. Schub	20 Jahre	schwere Versandung
	c	1	5 Jahre	nach dem 1. Schub	5 Jahre	schwere Versandung
	d	2	1.: ungefähr 9 Mon. nach 3 Monaten freien Intervall 2. Episode, seitdem fast dauernd psychotisch (katat. stupor. Halluzinationen)	nach dem 1. Schub	5 Jahre	schwere Versandung
4.4.2.4.	a	2	6-7 Monate	nach dem 1. Schub	8 Jahre	befriedigende bis gute Sozialremission
	b	2	3-4 Monate	-	8 Jahre	sehr gute Sozialremission
	c	1	7 Monate	-	10 Jahre	sehr gute Sozialremission

5.9. Psychopathologische Symptomatologie

Forscher, die sich mit der Prognose der Schizophrenie befaßten, haben immer wieder versucht, die Prognose auch der Unterformen der Schizophrenie (kataton-halluzinatorisch, paranoid, hebe-
phren, einfach) auf Grund der Symptomatologie der 1. Schübe vorherzusagen, obwohl die Meinungen über die prognostische Bedeutung der Untergruppen stark auseinandergehen, zumal das psychopathologische Bild der einzelnen Erkrankungen sich häufig im weiteren Verlauf derselben wandelt und die !Gruppen dann ineinander übergehen können. Dabei werden im allgemeinen der kataton-halluzinatorischen Form die relativ besten Heilungsaussichten zugesprochen und die einfachen und hebephrenen Formen als ungünstig angesehen (H.EVENSEN³⁰, G.LANGFELDT⁶¹, J.LUTZ⁶⁹, M.MÜLLER⁷⁸, V.MÜLLER⁸⁰, K.P.RUCKDESCHEL⁹⁰), E.HIFT, St.HIFT³⁹ und W.SPIEL¹⁰³ halten dagegen von den kindlichen Schizophrenien die in der Praepubertät auftretenden Formen mit vorwiegend paranoider Symptomatik für prognostisch relativ am günstigsten, wohingegen die katatonen Verlaufsformen in relativ kurzer Zeit zu einem hebephren imponierenden Defektzustand führen. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt V.M.BACHINA⁶ für die kindliche und jugendliche Schizophrenie. Sie fand ein Überwiegen der einfachen (!) und paranoiden Formen bei den gut adaptierten Patienten, während die katatonen Formen bei den Ausgängen in schweren Defekt vorherrschten. M.S.VRONO¹²⁶ sieht die Prognose um so günstiger an, je ausgeprägter die katatonen Symptome im Kindesalter sind. M.MÜLLER⁷⁸ und ebenso L.B.KALINOWSKY⁵² und K.T.RUCKDESCHEL⁹⁰ rechnen die paranoiden Formen hinsichtlich ihrer Prognose zur Mittelgruppe zwischen den akut katatonen einerseits und den hebephrenen und einfachen Formen andererseits. F.CORNU²³, der statt von Unterformen von "Erscheinungsweisen" der Schizophrenie spricht, kommt auf Grund von katamnestischen Untersuchungen bei 27 erwachsenen Patienten zu dem Ergebnis, daß die Prognose der einfachen Schizophrenie nicht schlechter ist als die anderer chronischer schizophrener Verläufe und alle Möglichkeiten zuläßt: Stillstand des Prozesses mit Ausbildung eines leichten bis schweren Defektes oder Ausgang in völlige Heilung. W.JANZARIK⁴⁷ beobachtete den Verlauf von 100

in 5 Untergruppen unterteilten Schizophrenien und stellte fest, daß alle Unterformen schließlich in die wahnhaft-halluzinatorische Grundform einmündeten.

Der Verlauf der vom Verf. katamnestisch verfolgten Erkrankungen bestätigt die Ansicht von W.JANZARIK⁴⁷ weitgehend. Bis auf wenige (10 Fälle) hebephrene und eine einfache Verlaufsformen herrscht die wahnhaft-halluzinatorische Endform mit kataton-stuporösen Zuständen vor, in die 5 der anfänglich hebephrenen Zustandsbilder später übergehen. Rein paranoide Formen kommen nicht vor. Übereinstimmend hiermit sind die Befunde von K. LEONHARD⁶³. Der von G.HUBER^{42,43} als vierte Unterform der Schizophrenie neben dem Paranoid, der Katatonie und der einfach-hebephrenen Form herausgestellte coenaesthetische Verlaufstyp findet sich in reiner Form in 2 vom Verf. nachuntersuchten Fällen (Fall d und f der Gruppe 4.4.1.4.). Beide Fälle bestätigen die von G.HUBER gemachte Erfahrung, daß dieser Krankheitstyp zwar kaum in völlige Restitution ausgeht, doch auch selten zu schwerem Persönlichkeitszerfall führt. Fall b der Gruppe 4.4.1.6. gleicht in seiner ersten psychotischen Episode (Beginn mit 10 Jahren!, danach Vollremission!) dem von G.HUBER beschriebenen Verlaufstyp; 13 Jahre später tritt eine paranoid-halluzinatorische Symptomatik neben den äußerst eindrucksvollen coenaesthetischen Halluzinationen in den Vordergrund. Im Laufe der Zeit hat sich zunehmend ein erheblicher Defekt ausgebildet.

Die vor dem 10. Lebensjahr beginnenden Schizophrenien lassen sich schlecht in eine der üblichen Unterformen einordnen. Auf die Besonderheit ihrer Symptomatik wurde in Teil 2 bereits eingehend hingewiesen.

Die Befunde von E.HIFT, St.HIFT und W.SPIEL³⁹, V.M.BACHINA⁶ und M.S.VRONO¹²⁶) konnten insoweit nicht bestätigt werden, als in unserem Material auch häufig wiederkehrende und mehrere Monate anhaltende kataton-stuporöse Zustände wahnhaft-halluzinatorischer Prägung völlig oder unter Zurücklassung nur ganz leichter Defektzeichen ausheilten (Pat. der Gruppe 4.4.1.3. und 4.4.1.4.).

Eine Reihe von Forschern mißt außer den bereits genannten und diskutierten Faktoren auch einzelnen psychopathologischen Symptomen prognostische Bedeutung bei. H.STUTTE¹¹⁴ schreibt: "Bei den Probanden mit ungünstigem Ausgang waren Kontaktstörungen, Inadäquatheit und Abstumpfung des Affektes, Abnormitäten der Willensfunktion und der Motorik und auch massive Verhaltensabartigkeiten etwas häufiger als bei jenen mit sozialer oder Vollremission. Bei letzteren überwogen dagegen paranoid-halluzinatorische Symptome". Nach M.MÜLLER⁷⁸ sind günstige Zeichen: "Massige Krankheitsbilder", insbesondere "solche mit reicher Motorik, heftigen emotionalen Ausbrüchen, Spannungsgeladenheit", Symptome, die nach M.MÜLLER⁷⁸ auf eine lebhaft "innerpsychische Auseinandersetzung" schließen lassen. Blande, symptomarme Krankheitsbilder seien dagegen bis zu 80 % therapieresistent. Günstig seien Fälle "mit reaktiver Bildung psychotischer Inhalte, insbesondere wahnhaft - halluzinatorischer Art" (A.KRONFELD und E.STERNBERG⁵⁹). Ebenfalls eine gute Voraussage gestatten Zustandsbilder mit manisch-depressiver Färbung (G.LANGFELDT⁶¹, M.MÜLLER⁷⁸) und exogene und psychogene auslösende Faktoren (K.A.ACHTÉ², R.POLONIO⁸⁴). M.MÜLLER⁷⁸ sieht Symptome wie Gedankenentzug, Denkzerfahrenheit, Bedrohtheitserlebnisse, Stereotypien, Negativismus als ungünstig an. Nach O.H.ARNOLD⁵ prädisponieren psychopathologische Erscheinungen wie Denkzerfahrenheit, religiöse und kosmische Erlebnisse, Ambivalenz, gespannter Stupor, leibliche Halluzinationen, Stimmen, die in der 3. Person über den Kranken schlecht reden, zu unvorteilhaftem Verlauf. L.B.KALINOWSKY⁵² stellt als schlechte Zeichen somatische und hypochondrische Wahnideen, Negativismus, Befehlsautomatie, Stereotypien, affektive und intellektuelle Verblödung heraus. K.T.RUCKDESCHEL⁹⁰ fand bei den von ihm untersuchten 408 Pat. Wahnwahrnehmungen und körperliche Beeinflussungserlebnisse als prognostisch günstig, dagegen Denkstörungen (Gedankenentzug und Gedankenbeeinflussung) als ungünstig zu bewertende Symptome. Für H.EVENSEN³⁰ und G.LANGFELDT⁶¹ gelten Anzeichen für eine Verflachung des Gemütslebens, Assoziationsstörungen, Bruch in der Gedankenfolge, andauernde Stereotypien als ungünstig, wobei G.LANGFELDT⁶¹ zusätzlich die besondere Bedeutung von Beeinflussungsideen und Depersonalisations-

und Derealisationserlebnisse hervorhebt, so daß bei Vorhanden=sein letztgenannter Symptome auch günstige Faktoren ihren Ein=fluß verlieren. Auch A.HARRIS und V.NORRIS³⁷ bewerten das Vor=kommen von flachem und inadäquatem affektivem Verhalten als un=günstig, hingegen messen sie formalen Denkstörungen, Wahnideen, Halluzinationen ausdrücklich keine prognostische Bedeutung bei.

Art und Zahl der für prognostisch bedeutsam gehaltenen psycho=pathologischen Symptome variieren also bei den einzelnen Auto=ren. Dabei sollten die "gemütliche Verflachung" oder die "in=tellectuelle Verblödung" nicht auf einer Rangstufe zusammen mit akut-psychotischen Störungen wie Denkzerfahrenheit, Wahn=ideen, Derealisations- und Depersonalisationserlebnissen und Halluzinationen genannt werden, da sie meistens schon eingetre=tene bleibende Persönlichkeitsveränderung im Sinne eines Defek=tes anzeigen, den sie damit nicht mehr voraussagen können. An=dererseits kommt es vor, daß während oder kurz nach einer län=ger anhaltenden psychotischen Episode eindeutige Defektsymptome bestehen und trotzdem auf lange Sicht Vollremissionen eintreten. Das zeigen beispielsweise in eindrucksvoller Weise Fall c der Gruppe 4.4.1.1. und Fall c und d der Gruppe 4.4.1.3. Im ersten Fall sollte die Pat. auf Antrag der Ärzte wegen der an=schließend an die mehrere Monate anhaltende akut-schizophrene Symptomatik bestehenden hochgradigen Abstumpfung, Gleichgültig=keit, Antriebslosigkeit, Affektlabilität und Kontaktarmut ste=rilisiert werden! Sie ist seit 30 Jahren erscheinungsfrei ge=blieben und führt ein in jeder Hinsicht ausgefülltes Leben (Be=ruf, Familie, Freizeit). Im 2. Fall (Fall c der Gruppe 4.4.1.3.) bestanden nach dem 2. und 4. Schub leichte Defektzeichen (affek=tive Flachheit und Antriebsarmut), die bei der Nachuntersuchung nicht nachweisbar waren. Im 3. Fall klangen die 6 Episoden je=desmal völlig defektfrei ab. Letzterer Fall ist außerdem durch das Auftreten von Stereotypien (Patientin wackelte stundenlang mit dem Kopf, stieß die Stirn immer wieder gegen die Tischkante), Derealisations- und Depersonalisationserlebnissen und das Ge=fühl der Gedankenbeeinflussung, der Ambivalenz, Ambitendenz, Negativismus, formale Denkstörungen (Gedankenabreißen) während der psychotischen Episoden gekennzeichnet - alles Symptome, die

eine ungünstige Prognose haben sollen. Derealisations- und Depersonalisationserlebnisse kommen bei den vollremittierten eigenen Patienten (nach einfachen oder wiederholten Episoden) recht häufig (4.4.3.1. f; 4.4.1.2. b; 4.4.1.3. a,b,d; 4.4.1.4. b,f; 4.4.3. a) und viel weniger häufig bei ungünstig verlaufenen Fällen (4.4.1.6. a,b) vor.

Bei sehr vielen Patienten, vor allem auch bei denen, die vollremittiert sind, war während der psychotischen Episoden das Denken zerfahren. Ebenso war das psychopathologische Erscheinungsbild häufig durch Symptome ersten Ranges (K.SCHNEIDER⁹⁶) charakterisiert, denen O.H.ARNOLD⁵ einen zu ungünstigem, schubweisem Verlauf prädisponierenden Einfluß zuschreibt. - G.HUBER⁴⁴ konnte bei 212 defektschizophrenen Anstaltspatienten keine positive Beziehung zwischen der jeweils vorliegenden stark ausgeprägten Defektbildung und der Häufigkeit des Auftretens erstrangiger schizophrener Symptome feststellen. Letztere kamen bei schweren Defektgraden nicht häufiger vor als bei leichteren. -

Die Ansichten der zuvor genannten Autoren über die Aussagekraft einzelner psychopathologischer Symptome in prognostischer Hinsicht können also an Hand eigener Untersuchungsergebnisse nicht bestätigt werden. Verf. glaubt auf Grund seiner Verlaufsuntersuchungen sagen zu können, daß kein psychopathologisches Symptom sichere Anhaltspunkte für eine Voraussage des Krankheitsausganges gibt.

Korrelationen zwischen Wahninhalt und praemorbidem Charakter konnten im Gegensatz zu den Befunden von K.DÖRNER und F.J.M. WINZENRIED²⁸ bei fast 400 zirkulär verlaufenden Psychosen bei den Patienten der vorliegenden Untersuchung nicht festgestellt werden. Auffallend ist die Vielfalt der vorwiegend bei der praepuberalen Schizophrenie vorkommenden Wahnthematik, auf die bei den einzelnen Fallbeschreibungen aus räumlichen Gründen nur selten näher eingegangen werden konnte.

So vielgestaltig die Wahnproduktionen, so wandlungsfähig die produktiv-psychotischen Erlebnisweisen im gesamten Verlauf einer Erkrankung sind, so mannigfaltig sind die einzelnen Ver-

laufstypen und Endausgänge. Blande, symptomarme Versandungen, Versandung nach einem oder mehreren Schüben mit blühender, bunter akut psychotischer Symptomatik, jahre- bis jahrzehntelang bestehende halluzinatorisch-katatone Erscheinungsbilder ("Defektkatatonie"), paranoid-halluzinatorische Dauerformen, langwährende hebephren-läppische autistische Verhaltensweisen mit gestelzt-maniriertem Gebaren, einmalige flüchtige ängstlich-paranoid-halluzinatorische Episoden oder immer wiederkehrende schwerste psychotische Störungen mit kaum beeinflussbaren stuporös-katatonen Erregungszuständen abwechselnd und mitunter sich durchmischend mit rein depressiven, manischen, wahnhaft-halluzinatorischen und hebephrenen Episoden mit oder ohne Ausgang in Defekt (von der leichten Wesensauffälligkeit bis zum schweren Endzustand) zeugen für den Formenreichtum kindlicher und praepuberaler Schizophrenieverläufe.

5.10. Auslösende Faktoren

In einer Reihe von Fällen brachen einzelne psychotische Episoden (insbesondere Rezidive!) unmittelbar nach exogenen (häufig Tonsillitiden!, leichten Erkältungen, Operationen oder Unfällen) und psychogenen (Liebesenttäuschungen) Traumen aus. Die Fälle, in denen solche exogenen Momente die Auslösung akuter psychotischer Episoden zumindest mit beeinflussten, sind fast ausschließlich auf diejenigen mit voller oder guter Sozialre-mission beschränkt, wie Zahlentafel 17 zeigt. Daraus schon auf eine für die Prognose verbessernde Wirkung exogener Anlässe zu schließen, erscheint nicht unberechtigt. Bemerkenswert ist, daß bei den schleichend beginnenden und blande verlaufenden Erkrankungen auslösende Ereignisse nicht vorkamen.

Im Gegensatz zu K.A.ACHTÉ (16 Fälle, davon 13 geheilt), R. HOLMBOE und C.ASTRUP⁴¹ (50 % Heilungen) und P.POLONIO⁸⁴ fand K.T.RUCKDESCHEL⁹⁰ bei den von ihm untersuchten 408 erwachsenen Schizophrenen auch bei deletär verlaufenden Erkrankungen exogene Auslösfaktoren. Über dies interessante Problem liegen für die kindliche Schizophrenie noch keine konkreten Berichte vor, obwohl namhafte Autoren wie B.KOTHE⁵⁵, J.LUTZ⁶⁸, M.PIN-

Z a h l e n t a f e l 17

Beziehungen zwischen auslösenden Faktoren und
Remissionsgrad

Gruppe	Fall	Art des auslös. Faktors	Zeitpunkt des Auftret. des auslösend. Faktors	Remiss.- Grad
4.4.1.1.	c	Halsentzündung	vor der 1.Episode	Voll-Rem.
	d	Windpocken	nach mehrere Wochen andauerndem maniformem Zustandsbild vor Überleitung in die schizophrene Episode	sehr gute Sozial-Remiss.
4.4.1.2.	c	leichte Erkältung	vor der 2.Episode	Voll-Remiss.
4.4.1.3.	a	1)Menarche 2)Liebesenttäuschung (sah Freund mit einem andern Mädchen zusammen) 3)Fehlgeburt	1) 3 Tage vor der 1.Episode 2) vor der 6.Episode 3) vor der 9.Episode	Voll-Remiss.
	b	Tonsillektomie	vor der 1.Episode	Voll-Rem.
4.4.1.4.	a	1)Halsentzündg. 2)Schlag aufs Auge	vor der 2.Episode vor der 3.Episode	sehr gute Soz.-Rem.
	c	Liebesenttäuschung (sah Freund mit einem andern Mädchen)	vor der 3.Episode	gute Soz.-Rem.
	d)	Tonsillektomie	vor der 3.Episode	sehr gute Soz.-Rem.
	e	1)Tonsillitis	vor der 2.Episode	gute Soz.-Rem.
		2)Nasenscheidewand-Operat.	vor der 3.Episode	
4.4.1.6.	e	Sturz vom Rad (ohne Commotio)	vor der 3.Episode	sehr schlechte Soz.-Rem.

DING⁸¹, H.STUTTE¹¹⁴, G.SSUCHAREWA¹⁰⁷, G.K.USCHAKOW¹²¹ und W. VILLINGER¹²³ auf die relativ häufige Manifestation der kindlichen Schizophrenie im Anschluß an körperliche Erkrankungen hingewiesen haben.

5.11. Suizide und Suizidversuche

Drei der katamnestisch verfolgten Pat. (ausschließlich Sondergruppe) begingen Selbstmord (Fall c der Gruppe 4.4.1.4. 6 Jahre nach dem 1. Kliniksaufenthalt und die Fälle a und h der Gruppe 4.4.1.6. 6 bzw. 11 Jahre nach dem 1. Kliniksaufenthalt).*) Alle 3 Pat. waren weiblich; bei ihnen hatte die Erkrankung leichte bis schwere Defektzeichen hinterlassen. Die erstgenannte Pat. (Fall c der Gruppe 4.4.1.4.) hatte zuvor keine Suizidversuche unternommen, wohingegen die zweite Pat. vor allem in der Schlußphase ihrer Erkrankung dauernd versuchte, sich das Leben zu nehmen. Bereits mit 8 Jahren hatte sie eine mehrwöchige depressive Phase mit Todesgedanken durchgemacht. Mit 17 Jahren (zweiter schizophrener Schub) unternahm sie zum ersten Mal auf Anweisung von Stimmen Suizidversuche. Die dritte Pat. hatte jeweils 2 Jahre und 1/2 Jahr vor dem Suizid einen Suizidversuch unternommen (wollte sich vom Balkon stürzen, bzw. nahm Giftpilze zu sich). Die von der Pat. gewählte Todesart (Strangulation) ist deshalb von besonderem Interesse, da in ihrer Familie besonders häufig der Freitod durch Erhängen gesucht wurde. Die akut psychotische Mutter versuchte, die Pat. im Säuglingsalter zu erwürgen, und der kleine Sohn der Pat. würgte Spielgefährten (vgl. auch H.STUTTE¹⁰⁹).

Zusätzlich zu den geglückten Selbstmorden unternahmen 7 Pat. einen oder wiederholte Suizidversuche (4.4.1.3. a; 4.4.1.4. h; 4.4.2.1. a,b,c; 4.4.2.3. c; 4.4.2.4. b). Eine achte Pat. (4.4.1.6. d) äußerte lediglich, sterben zu wollen und stellte die Frage, "ob denn keine Gräber mehr geschaufelt würden. Oft kommen im Erbumkreis der Pat. Suizidfälle gehäuft vor.

*) H.BÜRGER-PRINZ 18) fand auffallenderweise bei 700 Fällen kindlicher und jugendlicher endogener Psychosen nicht einen schizophrenen Prozeß mit Suizid (Katamnesenfrist 15-20 Jahre).

H.GRUHLE³⁵ und W.SCHULTE⁹⁹ vertreten die Auffassung, daß Schizophrenen einen Suizidversuch häufig in der Anfangszeit der Erkrankung unternehmen. Dies kann bestätigt werden. In 3 Fällen gaben die Pat. an, unter Einfluß imperativer akustischer Halluzinationen zu handeln (4.4.2.1. a; 4.4.2.3. c; 4.4.2.4. b). Auffällig ist das Überwiegen der schweren akuten und schleichenden Krankheitsverläufe bei den Pat., die Selbstmord begingen oder versuchten, sich selbst zu töten. Teilweise schienen die Pat. aus einem schweren Leidensdruck heraus den einzigen Ausweg im Suizid zu sehen (Fall a der Gruppe 4.4.1.3. und Fall b der Gruppe 4.4.2.1.).

5.12. Krankheitseinsicht bei bestehendem Defekt

Daß Patienten auch bei bereits bestehendem schwersten Defekt unter ihrem krankhaften Zustand leiden und wenigstens zeitweise eine zumindest partielle Krankheitseinsicht zeigen, beweisen Äußerungen wie: "ich bin ja so arm dran, ich bin so furchtbar krank, helfen Sie mir doch" (Fall 4.4.2.3. b, 10 Jahre nach Krankheitsbeginn mit 10 Jahren) und "Feuer, Blut, Herrgott im Himmel, hilf mir, ich halte es nicht mehr aus ..." (13 Jahre nach Krankheitsbeginn) oder (Fall 4.4.1.6. a, 5 Jahre nach dem ersten schizophrenen Schub) "mir ist, als könnte ich meine Gedanken nicht mehr zusammenhalten, als wollte der Wahnsinn mich erreichen, wie ist mir bang" und "sehnsüchtig gehen meine Blicke zum Mond, er scheint so hell, aber auch er vermag mir keinen Trost zu übersenden". (Diese Tagebuchnotizen wurden nach dem Tode der Pat. von der Mutter gefunden.)

Zwei andere, ebenfalls schwerst defektuelle Patienten (Fall 4.4.1.7. a, 9 Jahre nach Beginn, und 4.4.2.2. a, 19 Jahre nach Beginn) ließen bei der Nachuntersuchung erkennen, daß sie zeitweise unter ihrer Antriebs- und Schwunglosigkeit leiden und darunter, sich zu nichts entschließen zu können, an nichts mehr Freude und Interesse zu empfinden. Wörtlich sagten die Patienten, darüber traurig zu sein, "daß es nicht weitergeht", bzw. "nichts zu tun zu haben". Eine Pat. (Fall 4.4.2.2. b) drückte das Empfinden über das Anderswerden ihres Seelenlebens

so aus: "... es wird alles weniger, es ist nicht mehr soviel da". Bemerkenswert ist, daß diese "Erkenntnisse" und Selbstzeugnisse nicht wie das relativ häufigere unmittelbar als bedrohlich erwähnte Gefühl, "verrückt" zu werden, am Anfang, d.h. bei Ausbruch der Psychose geäußert werden (Fall 4.4.1.2. d; 4.4.1.3. a;d; 4.4.1.4. b), sondern bereits bei bestehendem massivem Defekt viele Jahre nach Beginn der Psychose! Schon das scheint anzudeuten, daß der "Defekt" nicht etwas ganz Starres, Konstantes und völlig Irreparables zu sein braucht, wie von K.CONRAD²² und G.HUBER^{43,44,45} betont wird (schizophrener Defekt = "irreversible Reduktion des energetischen Potentials"). Das zeigen noch deutlicher die Fälle (4.4.1.5. a; 4.4.1.6. e,g; 4.4.2.1. a; 4.4.2.2. b; 4.4.2.3. d und 4.4.2.4. a, die zum Teil erhebliche Schwankungen im Sinne positiver, allerdings zeitlich beschränkter Aufwärtsentwicklungen trotz Bestehens von Defektzuständen erheblichen Ausmaßes aufweisen (Besuch von Fachschulen, Berufsausübung, Pflege künstlerischer und gesellschaftlicher Interessen). So erscheint der "Defekt" im Querschnitt zwar oft als ein endgültiger, gleichsam in sich erstarrter Persönlichkeitsabbau, im Längsschnitt zeigt sich dann aber doch eine positive Wandlungsfähigkeit. Bei diesen Patienten scheint es nicht zu einem einfachen Abbau, sondern eher zu einem Umbau der Persönlichkeit zu kommen, der es dem Kranken erlaubt, für kurz oder lang einen im Verhältnis zur Zeit vor der Erkrankung zwar andersartigen, in seinen Variationsmöglichkeiten eingeschränkten und infolge der krankheitsbedingten Persönlichkeitsveränderung abgewandelten, aber trotzdem positiven Bezug zur Umwelt herzustellen.

5.13. Erkenntnisse und Folgerungen aus den unter 4.4.3. beschriebenen Sonderfällen

Die in der Gruppe 4.4.3. zusammengefaßten Sonderfälle sind getrennt dargestellt worden, da teils psychopathische, reaktive und encephalopathische Momente das jeweilige psychopathologische Bild der einzelnen Krankheitsfälle dieser Gruppe komplizieren und dadurch mehrdeutig machen, teils beide Formenkreise

der endogenen Psychosen sich bei ein und demselben Fall überschneiden und eine eindeutige Zuordnung erschweren.

In diesen Fällen ist oftmals auch bei langjährigem Verlauf nicht immer eine eindeutige nosologische Zuordnung eines Krankheitsbildes möglich, sondern manchmal kann nur die eine oder andere Differentialdiagnose aus katamnestischer Sicht unwahrscheinlich gemacht (Fall a,b,c,h,k) oder in anderen Fällen auch erhärtet werden (Fall g,i,h). In einigen Fällen ergaben sich aus den Angaben der Pat. bei der Nachuntersuchung sowie durch den Gesamteindruck, den sie boten, ernsthafte Zweifel an der ursprünglichen Diagnose (Fall b,c,h und j). In einem Fall (m) konnte durch das erst in letzter Zeit als wichtiges diagnostisches Hilfsmittel hinzugekommene EEG eine psychomotorische Epilepsie als Ursache für die Wesens- und Verhaltensauffälligkeiten wahrscheinlich gemacht werden. Die ursprünglichen Diagnosen in den Fällen k und l sind durch im weiteren Verlauf vorkommende hebephrene Episoden revisionsbedürftig. Im Fall l hat sich ein eindeutiger Defekt herausgebildet, Fall k verlief bislang rein phasisch.

Abschließend sollen die ursprüngliche Diagnose, Symptomatologie, Verlauf und vermutliche "Enddiagnose" der in der Sondergruppe zusammengefaßten Krankheitsfälle aus katamnestischer Sicht in Zahlentafel 18 zusammengestellt werden.

Übersicht über den Krankheitsverlauf der in der Sondergruppe 4.4.3. zusammengefaßten Fälle

Fall	familiäre Belastung	prae= morbid	Millieu	psychopath. Symptomat.	+ neurol. ++ Liquor +++ EEG ++++ PEG	Diagnose	Diff.-Diagn.	Verlauf und Ausgang	Schluß= urteil
a	Großmutter väterlichers.: Mischpsychose. Bruder inter= se. d. Großm. väterlrs.: Suizid	sehr guter Schüler	ordentlich	Kontakt= verlust Angstzu= stände, Ich= erlebens= störungen. Derealisa= tionser= lebnisse	+ ++ +++ ++++	kindl. Psychose	Angst= neu= rose	Weiterhin, jedoch an Intensität u. Dauer nachlassend. Derealisationen u. Depersonalisations= erlebnisse mit Angst-u. Bedrohtheitsgefühl. S. gute Sozial= remission	schizo= thyme Psycho= pathie
b	--	guter Schüler	ordentlich	Leistungs= abfall, Angst, Miß= trauen, asoz. Verhalten, paranoide Wahnideen, akust., opt. u. hapt. Halluz., Beeinflussungs= ergebnisse	keine	Schizo= phrenie mit Spontan= remission	keine	Zunächst Neigung zu asoz. Verhaltenweisen, häufiger Stellenwechsel h.w.G. seit 7 Jahren zunehmende Stabilität, befriedigende Sozialremiss. Kein Rezidiv.	da z.Zt.d. "Psychose" Benzinsucht hat es sich damals höchstwahrscheinlich um symptomat. Psychose gehandelt. Gemütsarmer Psychopath.

Zahlentafel 18 (Fortsetzung)

Fall	familiäre Belastung	prae= morbid	Milieu	psychopath. Symptomat.	+ neurol. ++ Liquor +++ EEG ++++ PEG	Diagnose	Diff.-Diagn.	Verlauf und Ausgang	Schluß=urteil
c	Bruder d. Mutter schizoid, Mutter wenig schwingungsfähig	unauf= fällig, guter Schüler	ordentlich	Leistungs= abnahme, Interesse= verlust. Zer= störungs= drang. Dieb= stähle. "innere Stimmen"	keine	Verdacht auf schizo= phren. Prozeß	keine	Weiterhin starke Verhaltens= abartigkeiten (Jugendstrafe), häufiger Schul= u. Stellenwechsel ø Rezidiv (psychot.) stimmungs= labil, kontaktarm, selbstunsicher, affektiv arm	Verhaltens= abartig= keiten bei Psycho= pathie
d	Tante mütterl. Epilepsie. Mutter: Schizo Vater: Psycho= path	Ein= zel= gänger	primi= tiv	Verhaltens= störungen, hypochondr. Ängste, paranoiden Ideen, Denkstörungen akust., opt., coenästhet. Halluzinat., Kontaktstö= rungen	+++ + ++++ +	psycho= path. Er= schei= nungsbild mit psy= choseart. Bildern	keine	Nach 2jähr. Er= scheinungs= frei= heit psychot. (wechselnd im Verl. v. 1-2 Jahren). 5 bzw. 10 J. später erneut stark auffällig. Schlechte Sozial= remission	Mischbild (psychot. Ausnahmezu= stand eines Psychopathen mit encephalopath. Zügen)

Zahlentafel 18 (Fortsetzung)

Fall	familiäre Belastung	prae= morbid	Milieu	psychopath. Symptomat.	+ neurol. ++ Liquor +++ EEG ++++ PEG	Diagnose	Diff.-Diagn.	Verlauf und Ausgang	Schluß=urteil
e	Urgroßvater väterls.: Schizo. Kusine d. Vaters: Schizo.	kon=takt= arm, keine Freunde	diffe= ren= ziert	Vagieren, Diebstähle, sinnlose Handlungen, Wesensänd. Angst, paranoide Ideen	keine	Schizo= phrenie	keine	starke Verhaltensauffälligkeit. wiederholt in stat.-ps.Behandlung. Nie Schizophr.Kern= symptome. So= schlechte Sozialremission	nicht sicher unter= scheidbar, ob haltlose gemütsarme Psychopathie oder blande, z.Defekt verlaufende Schizophr.
f	keine	ruhig, freundschaftlich	Heim= Kind (v. Geburt an)	Wesensänderung, Aggressionen, Zorn= ausbrüche. Angst-u. Verfolgungsgefühle. "innere Stimmen"	keine	kindl. Schizophr.	keine	Mit 11 J.kurze hebepr.Episoden, seitdem i.verstärkte Maße Verhaltens= schwankungen m.stark.Erregungs= u.Drangzuständen.Suizidversuche, Schlechte Sozialrem.	Verlauf spricht eher f.schwere Neurose, blande Verlauf= schizo. m.Defekt nicht sicher auszu= schließen

Zahlentafel 18 (Fortsetzung)

Fall	familiäre Belastung	prae= morbid	Milieu	psychopath. Symptomat.	+ neurol. ++ Liquor +++ EEG ++++ PEG	Diagnose	Diff.-Diagn.	Verlauf und Ausgang	Schluß=urteil
g	Vater: Psychopath, Potator		sehr schlecht	schlechte Schulleistungen, Interessenverlust, Trotzreaktion m. unsinnigen Handlungen. Beziehungs=ideen	keine	1. Schizoschub	Pubert. Trotz=haltg. (neu=rot.)	Wegen derselben Auffälligkeiten: Nervenkl. u. Kinderheim ø postpsychot. Wesensauffälligkeiten	Aus katamnest. Sicht praepubert. Trotzreaktion sehr wahrscheinlich. Neigung zu neurot. Verhalten=weisen
h	Großvat. väterls.: Suizidvers. (12 J.) Schwester d. Mutter psychot.	kon=taktf. gutartig, gewis=pedantisch	feind=selig ablen=nd	Negativism. sinnlose Handlungen, Antriebsarmut, anschl. unsauber, schlampig M. 14 J. Pub. magersucht	keine	schizophr. Defekt, Pubert. tätsmagersucht	keine	Mit 22 J. selbständiger, gute berufl. Leistung=gen, Heirat. Bei Nachuntersuchg. Zeichen starker Ich-Schwäche. ø postpsychot. Defekt. Gute Sozialremiss.	Schwere Neurose (milieubedingt), 2 J. anhaltend. starker Besserung

Zahlentafel 18 (Fortsetzung)

Fall	familiäre Belastung	prae= morbide	Milieu	psychopath. Symptomat.	+ neurolog. ++ Liquor +++ EEG ++++ PEG	Diagnose	Diff.-Diagn.	Verlauf und Ausgang	Schluß=urteil
i	Bruder d. Mutter: Suicid, Vetter d. Mutter: Schizo.	guter Schül-ler, aufge- weckt, fröhli- che Freunde	unehel. Kind	Angst u. Erregungs- zustände (n. Mumpserkr.) opt. Hal- luzinat.	keine	opt. Hal- luz. n. Parotis (Encephalitis?)	beginn. kindl. Schi- zophr. ?	Nie wieder Rezidiv. Pat. völlig unauffällig Voll-Remiss.	Begleit= encephalitis (flüchtig) b. Mumps wahr= scheinl.
j	Mutter debil	gut= mütig, Kon= takt	ein= fach	Abnahme d. Schulleistg. läppisch- unangepaß= tes Verhal= ten, Negativismus (?)	keine	Dementia praeco- cissima (Schizo)	keine	Nie wieder psychot., energisch, fleißig, ordentlich, gut= mütig (40 J. n. Kliniks= aufenthalt)	Ursprgl. Diagnose wird auf Grund d. spärl. An= gaben i. d. Krk. gesch. u. d. Ver= laufs be= zweifelt

Zahlentafel 18 (Fortsetzung)

Fall	familiäre Belastung	prae= morbid	Milieu	psychopath. Symptomat.	+ neurol. ++ Liquor +++ EEG ++++ PEG	Diagnose	Diff.-Diagn.	Verlauf und Ausgang	Schluß=urteil
k	keine	Ein=zel=gäng., wider=spen=stig, gute Schü=lerin	Ehe d. Eltern ge=schie=den	Mit 7 u. 11 J. knickar=tige Wesens=änd. bzw. starke Zu=nahme d. Ver=haltens=schwierigkt. m. 12 J. n. Ca-Op. d. Mutter Depression, abn. Körper=sensationen	keine	Entwurze=lungsde=pression m. hyste=rischen Zügen	keine	Starke Verhal=tensauffällig=keiten weiterhin manische u. de=pressiv. Verstim=mungszustände, mit 16 J. hebe=phren gefärbte Psychose. Deutl. Persön=lichkeitsswand=lung	Beginn mit trieb=hafter We=sensändg., schließl. depressive Psychose (12 Jahr.), mit 16 J. hebephrene Episode. Defekt.
l	Großm. väterls.: Depres=sionen	ver=schlos=sen, Kontakt Hobbies	ordent=lich	Angst, Wahn=stimmung, Halluzinat., depressive u. manische Zustände	keine	endogene Depression	keine	Manische u. de=press. Phasen, 1 ausgespr. he=phrene Episode m. Halluzinat., Wahnideen, Denk=zerfahrenheit, läpp.-manier. Verhaltensweis. danach abwechs. man. u. depr. Phasen. Kein Defekt	Schizophr. u. zirkuläre Symptome nebenein=ander vor=kommend. Keine Per=sönlich=keitsswand=lung.

Zahlentafel 18 (Fortsetzung)

Fall	familiäre Belastung	prae= morbid	milieu	psychopath. Symptomat.	+ neurol. ++ Liquor +++ EEG ++++PEG	Diagnose	Diff.-Diagn.	Verlauf und Ausgang	Schluß= urteil
m	keine	Ein= zel= gänger, kontakt= schwach	ordent= lich	Abnahme d. Schulleistungen, Weglaufen, Diebstähle, Erregungs= zustände, winnere Stimmen	keine	Schizo	keine	Immer wieder Erregungs- u. Drangzustände, sozial. Abgleiten. Keine schizophr. Kernsymptome 1965, 25 J.:	Produktiv- psychot. Dämmerzustände b. Temporal= lappen= epilepsie
n	keine	unauf= fällig	ordent= lich	Kontakt= Sprachver= lust, In= teresse-, Spielver= lust, häufiges Weinen (grundlos) Antriebs= armut	keine	Dement. praecocissima	keine	Maniert-bizarre Verlauf Haltungen, Gri= massieren, Ste= postence= reotypen, Echo= lalie, ø Blick= kontakt, Negatis= vismus, Befehls= automatie. Drang-u. Erre= gungszustände, Aggressionen, Nahrungsverweig. immer mehr Antr. verlust, Stupor= zustd., Autismus, Neigung z. Scha= bernack	Spricht geg. progress. phalit. De= menz. Dementia praecocissima. (Beginn: 4. Ibj.)

6. ZUR NOSOLOGISCHEN EINORDNUNG DER UNTERSUCHTEN KRANKHEITSFÄLLE

Überblickt man den Krankheitsverlauf aller nachuntersuchten bzw. katamnestisch verfolgten Pat., so ist festzustellen, daß phänomenologisch gleiche oder zumindest sehr ähnliche, im Querschnitt nicht unterscheidbare Krankheitsbilder völlig verschieden verlaufen können, wobei Ausgang in völlige Heilung einerseits und Ausgang in schwere Verblödung andererseits die beiden möglichen Extreme darstellen. Unabhängig vom Ausgang sind diese Erkrankungen, soweit nicht somatisch-exogene oder reaktiv-psychogene Einflüsse vorhanden sind und das Bild komplizieren (Sondergruppe), als Schizophrenien bezeichnet worden. Da der rein phasische Krankheitsverlauf an sich dem zykloty=men, manisch-depressiven "Formenkreis" der endogenen Psychosen entspricht, trennten viele Forscher die remittierenden Grup=pen von der Kerngruppe mit ungünstigem Ausgang ab und rechneten sie dem manisch-depressiven Formenkreis zu (H.BÜRGER-PRINZ¹⁸) oder schufen für sie eine Sondergruppe ("Pseudo-Schi=zophrenien", entspr. H.C.RÜMKE⁹²: "schizoforme Psychosen", wie G.LANGFELDT⁶¹ "Arten einer übergeordneten Gattung, derjenigen der chronischen Wahnkrankheiten" gemäß H.EY³¹. H.EY³¹ bezeich=net die Frage, ob die chronisch zum Defekt verlaufenden Schi=zophrenien und die vollausheilenden Formen "in dieselbe Kiste" gehören, ob also bei so verschiedener Prognose ein und diesel=be Diagnose gestellt werden kann, als das "schwierigste klini=sche Problem der Psychiatrie".

Bei den Fällen 4.4.1.1.d, 4.4.1.3.b, 4.4.1.4.e, 4.4.2.2.b, 4.4.2.3.d und 4.4.3.k und l wechseln im Verlauf der Erkrankung rein cyclothyme und schizophrene Episoden miteinander ab, deren psychopathologisches Bild in einigen Fällen sowohl von cyclothy=men als auch schizophrenen Symptomen nebeneinander be=herrscht wird. Im Fall 4.4.1.4.e bestehen seit 1 Jahr deutli=che Defektzeichen, obwohl bis auf eine Episode mit mehr schi=zophrener Symptomatik (Wahnideen, fragliche Halluzinationen) alle übrigen Episoden eine rein cyclothyme Symptomatik zeig=ten. Diese Fälle zeigen, daß auch abgesehen vom Verlauf die

Grenzen zwischen dem cyclothymen und schizophrenen Formenkreis so unscharf sind, daß der immer wieder unternommene Versuch einer scharfen Trennung durch strikte Zuordnung zu einem der beiden Formenkreise oder durch Präzisierung von Sonder- und Untergruppen fragwürdig erscheint. Der Verf. möchte sich der Konzeption von H.RENNERT^{88,89} anschließen, der, anstatt festumrissene Formenkreise anzuerkennen, sich die Möglichkeiten der Manifestation psychotischer Krankheitsprozesse als "ziemlich kontinuierliches Spektrum psychotischer Symptome" vorstellt, das auf Grund verschiedener somatopsychischer Gegebenheiten, unterschiedlicher Persönlichkeitsstrukturen und anderer endogener und exogener Bedingungen "bestimmte statistische Verdichtungen" erkennen läßt, denen besondere klinische Bilder entsprechen -, wobei die außenstehenden Pole wenig gemeinsames haben (reine Depression - reine Hebephrenie).

Eine ähnliche Auffassung vertritt auch W.v.BAEYER⁷, der von den endogenen Psychosen als "den durch Zwischenformen miteinander verbundenen cyclothymen und schizophrenen Polen" unterscheidet.

7. ZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Arbeit beschreibt die Verlaufsuntersuchungen schizophrener Erkrankungen, die sich bereits im Kindesalter manifestiert haben. Es wurden die Krankheitsverläufe von insgesamt 66 Probanden verfolgt, wobei 41 Patienten persönlich nachuntersucht werden konnten. Der Schizophrenie-Begriff wurde im Sinne von E.BLEULER verwandt, d.h. phänomenologisch und verlaufsdynamisch umgrenzt. Die Katamnesenfrist betrug mindestens 5 Jahre, das längste Intervall zwischen Zeitpunkt der Erkrankung und Nachuntersuchung 40 Jahre.

Die Verlaufsformen der einzelnen Erkrankungen erwiesen sich als sehr mannigfaltig; innerhalb der globalen Einteilung in "akut" und "schleichend" ließen sich zahlreiche Unterformen beschreiben. Die akuten episodenhaften Verlaufsformen waren insgesamt häufiger (40), als die schleichenden (12). Letztere überwogen dagegen im kindlichen Alter (bis zu 10 Jahren). Drei der schleichend verlaufenen Fälle waren durch eine Jahre anhaltende, oft schon im Kindesalter beginnende Wesensänderung gekennzeichnet, die schließlich in eine wochen- bis monatelang andauernde akute psychotische Störung einmündete und dann mit oder ohne Ausbildung von sinnfälligen Defektzeichen wieder abklang.

Entgegen der Ansicht vieler Autoren kamen auch beim schleichenden Verlauf starke Besserungen oder gar als Heilungen imponierende Zustände vor.

Auf Grund der Nachuntersuchungen kann festgestellt werden, daß die Heilungsaussicht der kindlichen und praepuberalen Schizophrenie günstiger ist als allgemein angenommen wird; die Prognose jedoch ist um so schlechter, je früher die Erkrankung beginnt. Von den 52 als rein schizophren angesehenen Erkrankungen hatten sich 28 gebessert (davon 11 völlige Heilungen), 6 blieben im wesentlichen unverändert und 18 verschlechterten sich erheblich. Im Kindesalter hatten die schleichenden Verlaufsformen eine relativ günstigere Prognose als die akuten Verläufe.

Genau die Hälfte der Patienten war familiär belastet, besonders häufig mit Schizophrenien und Suiziden. Die familiäre Belastung besaß jedoch in unserem Probandenmaterial keine prognostische Valenz. Zahlreiche und schwere postpsychotische Defektzustände kamen nicht selten im Erbumkreis auch von Patienten mit günstig verlaufenen psychotischen Erkrankungen vor.

Andererseits war auffallend, daß Patienten aus Familien mit gehäuften Suizidfällen ebenfalls Selbstmord begingen oder wiederholt einen Suizid versuchten und daß die gewählten Methoden mehrfach die gleichen waren (z.B. Strangulation) wie bei den psychotischen Verwandten.

Für den unmittelbaren Ausgang einer Psychose erwiesen sich Milieustörungen, insbesondere starke intrafamiliäre Spannungen, Rigidität und Gefühlskälte der Eltern mit oft feindseliger Ablehnung der Patienten durch ein Elternteil nicht als bedeutsam. Bemerkenswert ist, daß einigen schwerst defektösen Patienten wesentlich durch elterliche Tatkraft und Fürsorge die soziale Wiedereingliederung ermöglicht wurde.

Entscheidende prognostische Bedeutung kam dagegen dem praemorbiden Charakter der Erkrankten zu. Praemorbid syntone, differenzierte, psychisch ausgeglichene, realitätszugewandte lebensbejahende Persönlichkeiten mit der Fähigkeit, Interessen und Neigungen zu entwickeln und Freundschaften zu pflegen, hatten eine ungleich bessere Aussicht, die hereinbrechende Krankheit gut zu überstehen, als auffällige, unangepaßte, unsichere, gehemmte, in sich gekehrte Naturen. Günstige Verläufe mit Ausgang in Heilung oder gute Sozialremission waren bei intelligenten und gut begabten Patienten häufiger als bei solchen mit unterdurchschnittlicher Intelligenz.

Wie sehr die cyclothyme Persönlichkeit den Verlauf der Erkrankung zu bestimmen scheint, zeigte der Krankheitsverlauf einer in gesunden Zeiten lebensfrohen, freundlich-heiteren und gemütsmäßig schwingungsfähigen Patientin, deren Erkrankung mit 12 Jahren begann und die seitdem fast jedes Jahr (insgesamt 11-mal) mit schwersten paranoid-halluzinatorischen Episoden malign-katatonen Charakters erkrankte, in denen sie völlig unbe-

einflußbar war und sich selbst sowie ihre Umgebung durch gänzlich uneinführbare, unsinnigste Handlungen gefährdete. Die Patientin ist trotzdem bislang jedesmal defektfrei remittiert.

Die Ansicht namhafter Forscher, daß gewisse psychotische Einzelsymptome eine Vorhersage über den möglichen Ausgang einer Psychose gestatten, konnte nicht bestätigt werden; Verf. ist vielmehr auf Grund der Nachuntersuchungen und katamnестischen Erhebungen zu dem Ergebnis gekommen, daß kein psychopathologisches Einzelsymptom auch nur einigermaßen sichere Anhaltspunkte für eine Voraussage des Krankheitsausganges gibt. Auch als schwere Defektsymptome imponierende, im Verlauf psychotischer Episoden aufgetretene Wesensauffälligkeiten, wie Affekt- und Antriebslahmheit, Interesse- und Kontaktverlust, Gleichgültigkeit und Willenslosigkeit haben sich in einzelnen Fällen gänzlich zurückgebildet, wobei wiederum der Variationsreichtum der Verlaufsweisen beeindruckte: jahrzehntelang bestehende Rezidivfreiheit mit völliger Heilung, immer wiederkehrende, teils stets defektfrei ausheilende, akute psychotische Episoden mit bunter psychopathologischer Symptomatik (zum Teil bis zu einem Jahr andauernd) und spätere Schübe mit anschließend sich immer stärker ausbildendem Defekt.

Was die Unterformen der Schizophrenie betrifft, so konnten die durch das Verlaufsstudium kindlicher Psychosen gewonnenen Erfahrungen von E.HIFT, St.HIFT und W.SPIEL sowie von V.M.BACHINA und M.S.VRONO nicht bestätigt werden; die kataton-halluzinatorischen Formen überwogen in der Gruppe mit gutem Krankheitsausgang.

Die von G.HUBER beschriebenen psychopathologischen und verlaufsdynamischen Besonderheiten beim sog. coenaesthetischen Krankheitstyp fanden sich auch bei entsprechenden Verlaufsformen der kindlichen und praepuberalen Schizophrenie. Rein paranoide Formen kamen in diesem Alter nicht vor. In Übereinstimmung mit K. LEONHARD möchte Verf. hierin eine Besonderheit der in der Kindheit und Praepubertät auftretenden Schizophrenien sehen.

Abgesehen von der Vielfalt und dem Variationsreichtum der produktiv-psychotischen Erlebnisweisen der kindlichen Schizophre-

nien waren die Verlaufstypen und Endausgänge der einzelnen Erkrankungen sehr mannigfaltig.

Eine Korrelation zwischen Wahnthematik und praemorbidem Charakter konnte nicht festgestellt werden. Das früheste Alter, in dem Wahnideen formuliert wurden, betrug 7 bzw. 8 Jahre. Halluzinationen zu so frühem Manifestationszeitpunkt sind ebenfalls außergewöhnlich selten. Für gewöhnlich treten sie erst in der Praepubertät auf.

In einer Reihe von Fällen brachen psychotische Episoden, insbesondere Rezidive, unmittelbar nach vorausgehenden exogenen oder psychogenen Traumen aus. Solche auslösenden Faktoren kamen ausschließlich bei günstigen Verläufen vor.

Drei der katamnestic verfolgten Patienten begingen Suizid und sieben weitere versuchten immer wieder, sich zu töten. Suizide und Suizidversuche fielen jeweils in die Anfangszeit der Psychosen, die in diesen Fällen ausnahmslos einen schweren Verlauf nahmen. Teilweise schienen die Patienten unter einem erheblichen Leidensdruck zu stehen.

Auch bei bereits bestehendem schweren Defekt war bei einer Anzahl von Patienten zumindest zeitweise Krankheitseinsicht mit erschütternden Äußerungen, die eine starke Leidensfähigkeit verrieten, vorhanden. Dies, wie auch teilweise nach jahrelangem Krankheitsverlauf und trotz Bestehens hochgradiger Defektzeichen auftretende, wenn auch meist zeitlich beschränkte, Remissionen scheinen gegen eine Irreversibilität des schizophrenen Defekts und eine unbedingte Konstanz des einmal aufgetretenen Potentialverlustes zu sprechen.

Der Krankheitsverlauf von 14 Patienten wurde gesondert besprochen, da das psychopathologische Bild dieser Erkrankungen durch zusätzliche nicht-psychotische Momente kompliziert wurde oder aus dargelegten Gründen eine eindeutige Zuordnung zu einem der beiden Formenkreise endogener Psychosen epikritisch Schwierigkeiten bereitete.

8. ZUSAMMENFASSUNG DES BEACHTETEN SCHRIFTTUMS

1. Abély, P.: Pourquoi je ne crois plus à l'actuelle schizophrénie. Ann. méd.-psychol. 116, 1 (1958), zit. n.
 Scarinci, A.: Betrachtungen über einige psychopathologische Züge der beginnenden Schizophrenie.
 Acta paedopsychiat. 29, 65-76 (1962)
2. Achté, K.A.: Der Verlauf der Schizophrenien und der schizophreniformen Psychosen.
 Acta psychiat. scand. suppl. 115 ad vol. 36 (1961)
3. Alanen, Y.O., T.Arajärvi und R.O.Viitamäki: Psychoses in childhood.
 Acta psychiat. scand. suppl. 174 ad vol. 40 (1964)
4. Annell, L.A.: The Prognosis of Psychotic syndromes in children. Acta psychiat. scand. 39, 235-297 (1963)
5. Arnold, O.H.: Schizophrener Prozeß und schizophrene Symptomgesetze. Eine prognostisch-statistische Grundlagenstudie. Maudrich, Wien-Bonn 1955
6. Bachina, V.M.: La capacité de travail et l'adaptation sociale chez les schizophrènes atteints depuis l'enfance ou l'adolescence. Nevropat. i. Psichiat. 7, 1041 (1963),
 ref. in: Rev. Neuropsychiat. infant. 13, 895 (1965)
7. Baeyer, W.v.: Diskussionsbeitrag Bad Nauheim 1957.
 Nervenarzt 30, 507,509 (1959)
8. Baumann, C. und R. Vedder: Zur Frage der infantilen Schizophrenie. Z. ges. Neurol. Psychiat. 156, 694-712 (1956)
9. Bender, L.: Childhood schizophrenia.
 Psychiat. Quart. 27, 663-681 (1953)
10. Bender, L.: Genesis in schizophrenia during childhood.
 Acta paedopsychiat. 25, 101-107 (1958)
11. Bender, L.: Schizophrenia in childhood, its recognition, description and treatment (childhood schizophrenia, symposium, 1955). Amer.J.Orthopsychiat. 26, 499-506 (1956)
12. Bettelheim, B.: Schizophrenia as a reaction to extreme situations (childhood schizophrenia, symposium, 1955)
 Amer. J. orthopsychiat. 26, 507-518 (1956)

13. Bleuler, E.: Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. In: Handb. d. Psychiatrie, hrsg. v. G. Aschaffenburg, Spezieller Teil, 4. Abteilung, Deuticke, Leipzig-Wien 1911
14. Bleuler, M.: Krankheitsverlauf, Persönlichkeit und Verwandtschaft Schizophrener und ihre gegenseitigen Beziehungen. Thieme, Leipzig 1941
15. Boatman, M. und S.A. Szurek: A clinical study of childhood schizophrenia. In: The etiology of schizophrenia. Ed. by D. Jackson, 389-440, Basic Books (1960), zit. n. Alanen, Y.O., T. Arajärvi und R.O. Viitamäki: Psychoses in childhood. Acta psychiat. scand. 174 ad vol. 40 (1964)
16. Bradley, C.: Schizophrenia in childhood. Macmillan, New York 1941, zit. n. Kanner, L.: History and present status of childhood schizophrenia in the USA. Acta paedopsychiat. 25, 138-149 (1958)
17. Brenner, W.: Zur Diagnose der kindlichen schizophrenen Prozeßpsychose. Mschr. Kinderheilk. 98, 202-204 (1950), Ref. Zbl. ges. Neurol. Psychiat. 112, 295 (1951)
18. Bürger-Prinz, H.: Katamnestische Erhebungen bei endogenen Psychosen des Kindes- und Jugendalters. 8. Tagung der deutschen Vereinigung für Jugendpsychiatrie vom 6.-8. Mai 1965 in Hamburg
19. Bürger-Prinz, H.: Der Beginn der Erbpsychosen. Nervenarzt 8, 617-624 (1935)
20. Clardy, E.R.: A study of development and course of schizophrenia in children. Psychiat. Quart. 25, 81-90 (1951)
21. Conrad, K.: Die beginnende Schizophrenie. Thieme, Stuttgart 1958
22. Conrad, K.: Das Problem der "nosologischen Einheit" in der Psychiatrie. Nervenarzt 30, 488-494 (1959)
23. Cornu, F.: Katamnestische Erhebungen über den Verlauf einfacher Schizophrenien. Psychiat. et Neurol. (Basel) 135, 129-175 (1958)
24. Creak, M.: Childhood Psychosis, a review of 100 cases. Brit. J. Psychiat. 109, 14-19 (1963)
25. Creak, M.: Psychoses in children. Proc. roy. Soc. Med. 31, 519-528 (1938)

26. Despert, L.: Schizophrenia in children.
Psychiat. Quart. 12, 366-371 (1938)
27. Despert, L. und A.C. Sherwin: Further examination of diagnostic criteria in schizophrenie illness and psychoses of infancy and early childhood.
Amer. J. Psychiat. 114, 784-790 (1958)
28. Dörner, K. und F.J.M. Winzenried: Die Wahnhinhalte phasischer Psychosen. Enke, Stuttgart 1964
29. Eisenberg, L.: The course of childhood schizophrenia.
Arch. Neurol. Psychiat. (Chic.) 78, 69-83 (1957)
30. Evensen, H.: Dementia praecox Aschehoug Krania 1904, zit. n. Langfeldt, G.: The prognosis in schizophrenia.
Acta psychiat. scand. suppl. 110, 1956
31. EY, H.: Einheit und Mannigfaltigkeit der Schizophrenie. Eine Untersuchung über die klinische und theoretische Fassung des Schizophreniebegriffs.
Nervenarzt 29, 433-439 (1958)
32. Gehlen, A.: Anthropologische Forschung.
Rowohlt, Hamburg 1961
33. Gezlova, L.G.: Einige Besonderheiten des-Initialstadiums der Schizophrenie beim Kind im Vorschulalter.
Nevropat. i Psychiat. 63, 1029-1034 (1963)
Ref. Zbl. ges. Neurol. Psychiat. 177, 8 (1964)
34. Grebelskaja-Albatz, E.: Zur Klinik der Schizophrenie des frühen Kindesalters. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. 34, 244-253 (1934) und 35, 30-40 (1935)
35. Gruhle, H.: Schizophrenia.
Med. Welt (Stuttg.) 2, 1585-1588 (1952)
36. Haffter, C.: Schizophrenie im Kindesalter.
Ann. paediat. (Basel) 196, 408-415 (1961)
37. Harris, A. und V. Norris: Clinical signs, diagnosis and prognosis in the functional psychoses. J. ment. Sci. 100 727-731 (1954). Zit. n. Huston, P.E. und M.C. Pepernik: Prognosis in schizophrenia, in: Bellak, L.: Schizophrenia, a review of the syndrome. Logos Press, New York 1958
38. Heuyer, G.: Introduction à la notion de démence en psychiatrie infantile. Rev. Neuropsychiat.infant. 8, 83-89 (1960)

39. Hift, E., St. Hift und W. Spiel: Ergebnisse der Schockbehandlungen bei kindlichen Schizophrenien.
Schweiz.Arch.Neurol.Neurochir.Psychiat. 86, 256-272 (1960)
40. Hirschberg, J.C. and K.N. Bryant: Problems in the differential diagnosis of childhood schizophrenia. Ass. Res. nerv. Dis. Proc. 34, 454-461 (1954), zit. n. Ekstein, R., K. Bryant und S.W. Friedman: Childhood Schizophrenia, in: Bellak, L.: Schizophrenia, a review of the syndrome. Logos Press, New York 1958
41. Holmboe, R. und C. Astrup: A follow-up study of 255 patients with acute schizophrenia and schizophreniform psychoses. Acta psychiat. scand. suppl. 115 ad vol. 32, 1957
42. Huber, G.: Die coenaesthetische Schizophrenie.
Fortschr. Neurol. Psychiat. 25, 491-520 (1957)
43. Huber, G.: Schizophrene Verläufe.
Dtsch. med. Wschr. 89, 212-216 (1964)
44. Huber, G.: Chronische Schizophrenie.
Hüthig, Heidelberg 1961
45. Huber, G.: Reine Defektsyndrome und Basisstadien endogener Psychosen. Fortschr.Neurol.Psychiat. 34, 409-426 (1966)
46. Huston, P.E. und M.C. Pepernik: Prognosis in schizophrenia. In: Bellak, L.: Schizophrenia, a review of the syndrome, in: Logos Press, New York 1958
47. Janzarik, W.: Die Typologie schizophrener Psychosen im Lichte der Verlaufsbetrachtung.
Arch. Psychiat. Nervenkr. 202, 140-155 (1961/62)
48. Jaspers, K.: Strindberg und van Gogh. Piper, München 1949
49. Jay, M.: Les traitements de la schizophrénie infantile.
Rev. Neuropsychiat. infant. 8, 134-138 (1960)
50. Kaess, M.: Katamnesen bei jugendlichen Schizophrenen.
Nervenarzt 28, 421-423 (1957)
51. Kalinowsky, L.B. und P.H. Hoch: Shock treatments and other somatic procedures in psychiatry. Grune and Stratton, New York 1946, zit. n. Levy, S. und R.H. Southcombe: Value of convulsive therapy in juvenile schizophrenia. Arch. Neurol. (Chic.) 65, 54-59 (1951)
52. Kalinowsky, L.B.: Schockbehandlung, Lobotomie und andere somatische Behandlungen in den Vereinigten Staaten. Nervenarzt 19, 537-544 (1948)

53. Kanner, L.: Child Psychiatry. Thomas, Springfield 1957
54. Kothe, B.: Bild und Verlauf der Frühschizophrenie.
Jb.Jugendpsychiat. 1, 78-101, Huber, Bern-Stuttgart 1956
55. Kothe, B.: Über kindliche Schizophrenie.
Marhold, Halle (Saale) 1957
56. Kraepelin, E.: Psychiatrie, 8.Aufl., Bd. III
Ambrosius Barth, Leipzig 1915
57. Kraepelin, E.: Die Erscheinungsformen des Irreseins.
Z. ges. Neurol. Psychiat. 62, 1-29 (1920)
58. Kretschmer, E.: Körperbau und Charakter.
Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1955
59. Kronfeld, A. und E. Sternberg: Schweiz.Arch.Neurol.39 (1937)
zit. n. Ruckdeschel, K.T.: Zur Prognose schizophrener
Erkrankungen. Dtsch. med. Wschr. 82, 2166-2168 (1957)
60. Landolt, H.: Petit mal; Temporallappenepilepsie; epilepti-
sche Dämmerzustände und Verstimmungen. In: W.Schulte:
Epilepsie und ihre Randgebiete in Klinik und Praxis.
Lehmann, München 1964
61. Langfeldt, G.: The prognosis in schizophrenia.
Acta psychiat.scand. suppl.110, Munksgaard, Copenhagen
1956
62. Lempp, R. und B. Vogel: Untersuchungen zur kindlichen Schi-
zophrenie. Acta paedopsychiat. 33, 322-331 (1966)
63. Leonhard, K.: Über kindliche Katatonien.
Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.) 12, 1-12 (1960)
64. Levy, S. und R.H. Southcombe: Value of convulsive therapy
in juvenile schizophrenia.
Arch. Neurol. (Chic.) 65, 54-59 (1951)
65. Lewis, N.D.C.: Prognostic factors in schizophrenia.
Dig. Neurol. Psychiat. 19, 56 (1951), zit. n. Huston, P.E.
und M.C. Pepernik: Prognosis in schizophrenia, in:
Bellak, L.: Schizophrenia, a review of the syndrome.
Logos Press, New York 1958
66. Lourie, R.S., B.L. Pacella und Z.A. Piotrowski: Studies on
the prognosis in schizophrenialike psychoses in children.
Amer. J. Psychiat. 99, 542-552 (1943), zit. n. Eisenberg,
L.: The course of childhood schizophrenia. Arch. Neurol.
Psychiat. (Chic.) 78, 69-83 (1957)

67. Lurie, L.A., E.B. Tietz und J. Hertzman: Functional psychoses in children. Amer.J.Psychiat. 92, 1169-1183 (1936)
68. Lutz, J.: Kinderpsychiatrie. Rotapfel, Zürich-Stuttg. 1964
69. Lutz, J.: Über Schizophrenie im Kindesalter. Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat. 39, 335-372 (1937) und 40, 141-163 (1937)
70. Lutz, J.: Über akute Begleitpsychosen körperlicher Erkrankungen und Schizophrenie im Kindesalter. Schweiz. med. Wschr. 80, 774-781 (1950)
71. Mahler, M.S.: On Child Psychosis and schizophrenia. Autistic and symbiotic infantile psychoses. Internat. Universities Press, New York 1952, vol. 7, zit. n. Ekstein, R., K. Bryant und S.W. Friedman: Childhood schizophrenia, in: Bellak, L.: Schizophrenia, a review of the syndrome. Logos Press, New York 1958
72. Mauz, F.: Die Prognostik der endogenen Psychosen. Thieme, Leipzig 1930
73. Mayer-Gross, W.: Klinik, Erkennung, Differentialdiagnose, Therapie der Schizophrenie. In: Bumke, O.: Handb. d. Geisteskrankheiten 9, 1932
74. Meyer, J.E.: Das Syndrom der Anorexia nervosa. Arch. Psychiat. Nervenkr. 202, 31-59 (1961)
75. Michaux, L. und H. Flavigny: Traitements de la schizophrénie infantile. Presse méd. 64, 865-867 (1956)
76. Mobile, S.: Über die praemorbid Persönlichkeit und Krankheitsverlauf bei der Schizophrenie. Riv. sper. Freniat. 77, 297-314 (1953). Ref. Zbl.ges.Neurol.Psychiat. 129, 108 (1954)
77. Müller, M.: Die Therapie der Schizophrenien. In: Psychiatrie der Gegenwart II, Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1960
78. Müller, M.: Prognose und Therapie der Geisteskrankheiten. Thieme, Stuttgart 1949
79. Müller, M.: Die körperlichen Behandlungsverfahren in der Psychiatrie. Thieme, Stuttgart 1952
80. Müller, V.: Katamnestic Erhebungen über den Spontanverlauf der Schizophrenie. Mschr.Psychiat.Neurol. 122, 257-276 (1951)

81. Pinding, M.: Somatopathologische Befunde bei der Schizophrenie des Kindes- und Jugendalters.
Med. Diss. Marburg 1959
82. Pivovarov, G.M.: Die Besonderheiten des Verlaufs der Hebephrenie im Jugendalter.
Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.) 17, 185-191 (1965)
83. Flessner, H.: Die Verkörperungsfunktion der Sinne. Tagung der Studienstiftung des deutschen Volkes über "Fragen der Wahrnehmungstheorie" auf Burg Rieneck/Main vom 22.4. - 28.4.1965
84. Polonio, P.: Periodic schizophrenia.
Mschr. Psychiat. Neurol. 128, 265-272 (1954)
85. Portmann, A.: Zoologie und das neue Bild des Menschen.
Rowohlt, Hamburg 1951
86. Potter, H.W. und H.R. Klein: An evaluation of the treatment of problem children as determined by a follow-up study.
Amer. J. Psychiat. 94, 681-689 (1937)
87. Redlich, F.C.: Progress in the treatment of schizophrenia.
Conn. med. J. 19, 885-891 (1955), zit. n. Huston, P.E. und M.C. Pepernik: Prognosis in schizophrenia, in: Bellak, L.: Schizophrenia, a review of the syndrome.
Logos Press, New York 1958
88. Rennert, H.: Die Universalgenese der endogenen Psychosen.
Fortschr. Neurol. Psychiat. 33, 251-272 (1965)
89. Rennert, H.: Aufteilung der Psychosen und Einheitspsychose - zwei entgegengesetzte Wege der klassischen Psychiatrie?
Nervenarzt 35, 263-265 (1964)
90. Ruckdeschel, K.T.: Zur Prognose schizophrener Erkrankungen.
Dtsch. med. Wschr. 82, 2166-2168 (1957)
91. Ruggeri, R.: Le pronostic de la démence précocissime.
Acta paedopsychiat. 17, 129-135 (1951)
92. Rümke, H.: Die klinische Differenzierung innerhalb der Gruppe der Schizophrenien. Nervenarzt 29, 49-53 (1958)
93. Sands, D.E.: The psychosis of adolescence.
J. ment. Sci. 99, 123-129 (1953)
94. Scarinci, A.: Betrachtungen über einige psychopathologische Züge der beginnenden Schizophrenie.
Acta paedopsychiat. 29, 65-76 (1962)

95. Scheler, M.: Die Stellung des Menschen im Kosmos.
Francke, München 1962
96. Schneider, K.: Klinische Psychopathologie.
Thieme, Stuttgart 1962
97. Schneider, K.: Die psychopathischen Persönlichkeiten.
Deuticke, Wien 1943
98. Scholz, W.: Die Krampfschädigungen des Gehirns.
Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1951
99. Schulte, W.: Zum Problem der Krankheitsuneinsichtigkeit
bei Psychosen. Nervenarzt 29, 501-509 (1958)
100. Schurmans, J.: A propos de la schizophrénie chez l'enfant.
Acta neurol. belg. 8, 435-469 (1952)
101. Smolen, E.M.: Some thoughts on schizophrenia in childhood.
J. Amer. Acad. Child psychiat. 4, 443-472 (1965)
102. Sossiokalo, O.D.: Contribution au problème de la Pffropf=
schizophrénie. Neuropat. i Psychiat. 63, 1035-1040 (1963).
Ref.: Zbl. ges. neurol. Psychiat. 181, 169 (1965)
103. Spiel, W.: Die endogenen Psychosen des Kindes- und Jugend=
alters. Karger, Basel - New York 1961
104. Spiel, W.: Zum Problem der kindlichen Schizophrenie.
Wien. med. Wschr. 105, 595-597 (1955)
105. Spiel, W.: Die endogenen Psychosen im Kindes- und Jugend=
alter. Fortschr. Med. 80, 829-834 (1962)
106. Spoerry, J.: Etude des manifestations pré morbides dans la
schizophrénie. Psychiat. Enf. 7, 299-380 (1964)
107. Ssucharewa, G.: Über den Verlauf der Schizophrenien im
Kindesalter. Z.ges.Neurol.Psychiat. 142, 309-321 (1932)
108. Stertz, G.: Über den Anteil des Zwischenhirns an der Sym=
ptomgestaltung organischer Erkrankungen des Zentralner=
vensystems: Ein diagnostisch brauchbares Zwischenhirn=
syndrom. Dtsch. Nervenheilk. 117-119, 630-665 (1931)
109. Stockert, F.G.v.: Einführung in die Psychopathologie des
Kindesalters. Urban u.Schwarzenberg, München-Berlin 1957
110. Stockert, F.G.v.: Psychosen im Kindesalter. Jb. Jugend=
psychiat. 1, 223-232, Huber, Bern-Stuttgart 1956
111. Strömgren, E.: Psychosis in children.
Acta psychiat. (Kbh.), suppl. 47, 245-258 (1947)

112. Stutte, H.: Psychosen im Kindesalter und in der Pubertät.
Med. Klinik 58, 526-529 (1963)
113. Stutte, H.: Psychotische und psychoseverdächtige Zustände
im Kindesalter.
Päd. Fortbildungskurse 9, 29-46 (1963)
114. Stutte, H.: Die Prognose der Schizophrenien des Kindes-
und Jugendalters. II. Internat. Kongress f. Psychiatrie.
Kongreßbericht Bd.I, 328-333, Zürich 1959
115. Stutte, H. und J. Kruck: Pathogenetische und prognostische
Valenz der Verhaltensauffälligkeiten eines Kindes. Heil-
pädagogische und adoptionsrechtliche Deduktionen.
Acta paedopsychiat. 31, 332-339 (1964)
116. Stutte, H. und H. Harbauer: Die Nosologie der Dementia in-
fantilis Heller. Jb. Jugendpsychiat. 4, 206-222 (1965)
117. Süllwold-Strötzel, L. und K.P. Kisker: Praeschizophrene
Entwicklungsverläufe Jugendlicher und ihre Typisierung.
Jb. Psychol. Psychotherap. med. Anthropol. 12, 161-174
(1966)
118. Szurek, S.A.: Psychotic episodes and psychotic mal-develop-
ment. (Childhood schizophrenia symposium, 1955)
Amer. J. Orthopsychiat. 26, 519-543 (1956)
119. Tölle, R.: Zur Psychopathologie depressiver Verstimmungen
bei Schizophrenen.
Arch. Psychiat. Nervenkr. 202, 440-450 (1961/62)
120. Tramer, M.: Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie.
Schwabe u. Co., Basel 1964
121. Uschakow, G.K.: Clinique de la schizophrénie. Contribution
à l'étude des stéréotypes de développement de la psy-
chose chez les enfants et les adolescents.
Psychiat. Enf. 8, 1-56 (1965)
122. Vedder, R.: Infantile Schizophrenie. Maandschr. Kinderge-
neesk. Ref.: Zbl. ges. Neurol. Psychiat. 98, 605 (1941)
123. Villinger, W.: Zum Problem der Kinderschizophrenie nebst
Differentialdiagnose und Prognose.
Wien. med. Wschr. 109, 295-300 (1959)
124. Villinger, W.: Symptomatologie der kindlich-jugendlichen
Schizophrenien. II. Internat. Kongress für Psychiatrie
Kongreßbericht, Bd.I, 345-350, Zürich 1959

125. Voigt, L.: Über Dementia praecox im Kindesalter.
Z. ges. Neurol. Psychiat. 48, 167-234 (1919)
126. Vrono, M.S.: L'influence de l'âge sur l'évolution de la
schizophrénie chez les enfants.
Neuropat. i Psychiat. 65, 1039-1044 (1965)
Ref.: Zbl. ges. Neurol. Psychiat. 185, 276 (1966)
127. Weber, D.: Zur Ätiologie autistischer Syndrome des Kindes=
alters. Prax. Kinderpsychol. 15, 12-18 (1966)
128. Wieck, C.: Schizophrenie im Kindesalter.
Hirzel, Leipzig 1965
129. Williams, J.F.: Childhood Schizophrenia.
Med. J. Aust. 43, 224-226 (1956)
130. Zutt, J.: Das psychiatrische Krankheitsbild der Pubertäts=
magersucht. Arch. Psychiat. Nervenkr. 180, 776-849 (1948)

Für die Überlassung des Themas und für das stets fördernde Interesse bei Durchführung der Untersuchung dieser Arbeit dankt der Verfasser Herrn Prof. Dr.med. Hermann Stutte verbindlichst.

L e b e n s l a u f

Am 15. September 1938 wurde ich, Christian Eggers, als Sohn des Chemikers und späteren Leiters der Hauptqualitäts- und Entwicklungsabteilung der Hüttenwerke Siegerland AG, Siegen, Dr. Ing. Hans Eggers und seiner Ehefrau Gertrud, geb. Schmidt-Lauenstein, in Geislingen an der Steige geboren. Dort besuchte ich ab September 1944 bis Juli 1949 die Grundschule und nach bestandener Aufnahmeprüfung von September 1949 bis März 1951 die Oberschule. Im April 1951 trat ich in die Quarta des Neusprachlichen Gymnasiums in Wissen/Sieg ein und legte im Februar 1958 an dieser Schule die Reifeprüfung ab.

Mit dem Studium der Medizin begann ich im Mai 1958 in Freiburg, wo ich im April 1961 das Physikum bestand. Nach einem weiteren klinischen Semester in Freiburg ließ ich mich exmatrikulieren und studierte vom 1.10.1961 bis 15.4.1962 Medizin an der Universität Montpellier. Danach setzte ich mein Studium an der Universität Marburg fort und schloß es mit dem Staatsexamen im März 1965 ab.

Ab April 1959 bis zur Beendigung meines Studiums war ich Angehöriger der Studienstiftung des Deutschen Volkes.

Im Mai 1965 trat ich als Medizinalassistent in die Kinderpsychiatrische Abteilung der Universitäts-Nervenklinik in Marburg ein. In dieser Klinik führte ich auch die vorbeschriebene Arbeit über Prognose und Verlauf kindlicher und praepuberaler Schizophrenie aus.

Meine akademischen Lehrer waren die Herren Professoren und Dozenten

in Freiburg: H.Bender, P.Brauer, F.Büchner, H.Fischer, A. Fleckenstein, H.Göppert, K.Goerttler, L.Heilmeyer, R.Heiss, H.Holldorf, H.Holzer, L.Keller, O.Koehler, A.v.Kügelgen, A.Lüttringhaus, F.Oehlkers, F.Pringsheim, A.Puff, H.Ruffin, H.Schubotho, W.Szilasi, G.Tellenbach, B.Welte, F.Wöhler

in Montpellier: P.Barjon, P.Boulet, A.Cazal, R.Labauge, J.Mirouze, M.Navratil

in Marburg: G.Beckmann, J.Berendes, H.Bickel, H.E.Bock, O.Braun-Falco, R.Du Mesnil de Rochemont, G.Exner, P.Gedigk, H.Harbauer, F.Hartmann, H.Heuser, H.Hornung, H.Huber, H.Jacob, H.G.Knauff, F.Linneweh, D.W.Lübberts, L.Manger-König, G.A.Martini, H.Neubauer, H.Sauer, F.Schleyer, W.Schmid, O.Schrappe, M.Schwaiger, R.Siegert, M.Siess, W.Straub, H.-J.Streicher, H.Stutte, A.Würterle.

Dissertationen



BERGER
HD, Häusserstr. 16
Telefon 23410



